Менцос Ставрос

М50 Психодинамические модели в психиатрии / Пер. с нем. Э.Л. Гушанского. — М.: Алетейа, 2001. — 176 с. — (Гуманистическая психиатрия).

ISBN 5-89321-067-0

В современной психиатрии, несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи, по-прежнему преобладает ориентация на соматические (биологические) аспекты заболеваний и строго описательный подход. При этом важнейшим вопросам психодинамических взаимосвязей уделяется крайне мало внимания.

Ставрос Менцос, опираясь на богатый клинический и терапевтический опыт, высказывает свои представления о природе и динамике психических расстройств, основанные на психодинамическом подходе. Во многом эти представления расходятся с официальной психиатрической доктриной. Эта книга является прекрасным и убедительным примером того, насколько психодинамическое мышление способно обогатить наше понимание психотических и других психических расстройств.

УДК 159.972:159.964.28
ББК 88.4

ISBN 3-525-45727-8

ISBN 5-89321-067-0

Предисловие

I la сегодняшний день преобладание односторонне ориентированной на соматические (биологические) аспекты и строго описательной психиатрии привело к утрате интеpi-ca к психодинамическим взаимосвязям, которые изучались и США и не оказали влияния на немецкоговорящие страны, где исследования и размышления на эту тему ограничивались лишь узким кругом психиатров. Мой опыт свидетельствует, что в действительности интерес к этим проблемам велик. Мои лекции по психодинамике психиатрических пациентов, прочитанные в большинстве городов ФРГ и в Швеции, сопровождались большим наплы**1 ю м** коллег, преимущественно молодых, а также предстапителей «среднего поколения», что вызывало оживленную и заинтересованную дискуссию. Создается впечатление, что в современных психиатрические клиниках, где осуществляется учебный процесс, интерес к психодинамике весьма ограничен, а официальные публикации, в отличие от американских, носят односторонний характер. В то же время

средний и «низший» уровень университетских и других клиник при отсутствии квалифицированных кадров испытывает подлинную жажду новых знаний и нового опыта в области психоаналитически ориентированной диагностики и терапии.

Все это послужило основанием для того, чтобы систематизировать мой клинический и терапевтический опыт, представив его в форме теоретических рассуждений и психодинамических моделей, изложенных в моих докладах. Я надеюсь, что это станет шагом навстречу интересам читателей, которые, несмотря на бесспорные успехи биологической психиатрии на протяжении последних 30 лет, не могут получить у нее удовлетворительные ответы на свои вопросы. Я считаю, что психодинамическое мышление существенно обогащает наше понимание психотических и других психиатрических пациентов.

Мои представления о психических расстройствах, по многим позициям отличающиеся от официальной психиатрической доктрины, к счастью, не звучат гласом вопиющего в пустыне. Они составляют часть комплекса усилий других авторов, заинтересованных в психодинамическом учении, с чьими концепциями и планами у меня много точек соприкосновения и чьи цели находятся в одном русле с моими представлениями.

Примером тому может служить «аффективно-логическая» модель Чомпи и ее использование при шизофрении в комплексе с биологическими, психосоциальными и психодинамическими данными. Так, в виде единичного компонента эта модель имеет сходство с моей теоретической конструкцией. Например, нельзя отрицать родство «состояния равновесия» по Чомпи и сформулированного нами понятия «различной степени регресса, основанного на различных уровнях организации защиты», В своем изложении я, дабы не усложнять текст, не всегда объясняю такого рода взаимосвязи. Но в единичных случаях я привожу такие сопоставления для лучшего понимания определенных представлений.

В основе этой книги лежит желание осмыслить и попять пациентов исходя из возможностей моего опыта. Я благодарю всех сотрудников отдела психотерапии и психосоматики университетской клиники Франкфурта-на-Майпе, оживленные дискуссии с которыми по поводу важных проблем корректировали мои суждения и давали п01юд для их развития.

Наконец, я выражаю глубокую благодарность доктору медицины госпоже Эвемари Сибеке-Гис как за ценные **rruiiiu**гшчсские указания, так и за примечания, разъясняющие неясные формулировки и существенно улучшившие текст.

Ставрос Менцос

Введение

Будучи молодым врачом стационара, каждое утро я наведывался в закрытое отделение, чтобы перед обходом увидеть поступивших (по обыкновению ночью) пациентов. Однажды вышло так, что я один вошел в комнату, где находилась поступившая ночью пациентка в остром психотическом состоянии с беспокойством. Это была моя первая встреча с душевнобольными. Пациентка — как выяснилось позже, простая работница с несложной психической организацией — находилась в своей постели, была возбуждена, речь ее была бессвязной. Увидев меня, она стала громко звать медицинскую сестру, которая вскоре пришла. Пациентка сказала медсестре, что доктор (то есть я) сошел с ума и нуждается в срочной помощи. Хотя мои познания в области психиатрии были ограничены теоретическим обучением, я не мог объяснить абсурдное утверждение пациентки ничем, кроме отчаянной попытки перевести свой внутренний страх и испытываемый разлад вовне, проецируя его на доктора, чтобы, по возможное-

ти, добиться облегчения своего состояния. Это был первый случай, когда я начал мыслить «психодинамически». Этот способ мышления был, в сущности, скорее внезапным и интуитивным, нежели эмпирико-научным. Я непосредственно воспринял это «смещение» на врача в утверждении пациентки, находившейся в состоянии психомоторного возбуждения и спутанности.

Предположение о проекции как разгрузочном защитном механизме было чисто гипотетическим. Однако с помощью этой конструкции я смог придать смысл и квалифицировать наблюдаемые феномены, а также применять к ним другие психиатрические категории и модели (которые, впрочем, не являются строго эмпирико-научными). Понимание именно такого искажения или смещения реальности («сумасшествия») связано с тем, что реальность у психотических пациентов не имеет соответствующего внешнего выражения и отражается лишь в форме случайных проявлений, как, например, результат расстройств восприятия и связанных с ним искажений в оценке реальности. Именно поэтому нельзя ответить на вопрос, почему наша пациентка именно в этой, а не в какой-либо другой избранной ею форме искажает реальность. То, что это искажение в каждый момент выражается по-разному, свидетельствует о нарушении восприятия самой себя и противопоставленного ей окружения. «Смещение» или «искажение» является драматическим способом выражения противостояния такому восприятию и потребности в помощи.

Само собой разумеется, что это «случайное» смещение реальности в данный момент носит преходящий характер. Однако содержание драматических высказываний пациентки настолько специфично, что случайность его появления маловероятна. Можно представить себе не одну сотню таких «случайных» высказываний, вероятность возникновения которых может быть просчитана с математической точностью. Все это убедительно склоняет к принятию психодинамической гипотезы: пациентка проецирует свою беспомощность и свой психотический страх на врача с целью уменьшения внутреннего напряжения (разгрузки). Другие случаи, подобные приведенному, столь возможны и вероятны, что такого рода понимание приводит к терапевтическим выводам. В соответствующих главах этой кппш у пас будет возможность рассмотреть и обсудить конкретные примеры.

Вначале мы не будем приводить конкретных доказаlenLCTit, по назовем психодинамические модели в их первом приближении. Общим и неизменным для принятой ninoie ii.i является предположение о том, что множество наблюдаемых психотических (и непсихотических) психических расстройств не являются прямым следствием фактического или гипотетического биологического дефекта, повреждения, психологической травмы, несостоятельности или внутрипсихического конфликта, но есть результирующие внутрипсихического конфликта и его разрешения в форме реакции — часто очень сложной, опирающейся на комплексную систему защиты и компенсаторных процессов. Здесь речь идет не столько о генезисе, включая сомато- и психогенез, сколько, скорее, о комплексной внутрипсихической динамике, в основе которой нежит взаимодействие, с одной стороны, первичных расстройств, повреждений и нагрузок, а с другой стороны — механизмов преодоления, защиты и компенсации. К этому следует добавить, что значительную, если не основную часть наблюдаемой клинической картины составляют осознанные врачом и переживаемые больными болезненные проявления. Это предположение согласуется с общей (соматической) медицинской констатацией того, что часто так называемые «полезные» и биологически целесообразные реакции организма (например, аллергия) могут привести к неблагоприятным последствиям и даже к смерти.

Такого рода рассуждения приводят к пересмотру (или, но крайней мере, к корректировке) общепринятых психиатрических теорий и психиатрической практики. Делает

ли невозможным коммуникативный и информационный обмен клиническая картина тяжелой кататонии с регрессом поведения и стереотипными движениями в течение целого дня? Или данную клиническую картину следует рассматривать как реакцию (крайне примитивную), как способ приспособления с переходом на регрессивный уровень организации поведения? Следующий пример заставляет предположить, что «расстройство» представляет собой не только выпадение, не только первичную неспособность к общению с окружением, но в значительной степени служит цели защиты и должно пониматься как модифицированный защитный процесс.

Молодой 22-летний мужчина в течение трех дней находился в тяжелом кататоническом состоянии. Он лежал в постели в неудобном положении с приподнятой головой, постоянно ритмично облизывал край постели и так же монотонно повторял: «Мой отец, мой отец, мой отец». Его язык от постоянного лизания стал сухим и потрескался, шейная мускулатура была напряжена. Пациент был недоступен для словесного общения и вообще не отвечал на вопросы. На четвертый день был обход заведующего отделением. Я, будучи врачом стационара, стоял около пациента. Подойдя к больному, зав. отделением задумался и не сказал ни слова — такое впечатление произвела на него тяжесть клинической картины. Он молча направился к двери и, отойдя от пациента метра на три, тихо сказал мне: «Пусть-ка психоаналитик применит психоаналитическую гипотезу для объяснения этого „мой отец, мой отец"!» Зав. отделением не скрывал своего отрицательного отношения к психодинамике, и его замечание, разумеется, носило иронический характер.

Спустя 10 минут после визита зав. отделением я вернулся к пациенту и был поражен: он, хотя и продолжал находиться в неудобной позе и облизывать край постели своим сухим, потрескавшимся языком, теперь уже повторял: «Мой психоаналитик, мой психоаналитик...»

Я уже знаю, что некоторые опытные коллеги-психиатры могут спросить меня, что же удивительного я нашел I! этом наблюдении. Эхолалия (подобное эху повторение пациентами высказанных другими слов и выражений) относится к клинической картине кататонии. Несмотря на >то, меня поразило то обстоятельство, что этот пациент, находящийся в состоянии поведенческого регресса, отI-,микпулся на слово, сказанное очень тихо на большом расстоянии от него, и в особенности то, что это слово он воспринял от «отеческой фигуры» зав. отделением, не реа|ирум на значительно более громко высказанные предложения и рекомендации, которые исходили от меня или уха ж 11 на Ю11 іс і о персонала.

Когда я рассказал о продолжении этой истории Гансу Бюргеру-Принцу (это он заведовал отделением), он задум.шея и заметил: «Быть может, этот пациент с кататонией совсем иной, чем мы о нем думали».

Впоследствии Бюргер-Принц за несколько дней до своего дня рождения получил от одного пациента, о котором он помнил смутно, вероятно из-за кратковременности возникавших у того кататонических эпизодов, поздравительную открытку. Пациент писал ему: «Ваш „тяжелый пациент-кататоник" шлет Вам сердечные поздравления с днем рождения».

Ориентированному на эмпиризм читателю, который критически относится к такой анекдотической аргументации и предпочитает ей статистически подтвержденные факты, я могу возразить следующее: психодинамические предположения, которые в своей детализации преследуют цель объяснения единичного случая, могут не поддаваться такой грубой проверке, какой является статистика (здесь уместно говорить о таком вспомогательном понятии, как «статистика единичности»), недостаточно гибкой в применении к психодинамическим гипотезам. Еще и 1967 г. я провел исследования около 300 острых психотических пациентов с описанием примерно 1000 психопатологических клинических картин поперечного среза болезни (во время острых эпизодов), систематизировал их и показал, что диффузный психотический страх в больший-

стве своем носит преходящий характер и переходит в состояние, которое определяется бредовыми идеями или даже развитием бредовой системы. Эти результаты подтверждаются отдельными ежедневными наблюдениями, базирующимися на психодинамических гипотезах, и свидетельствуют о том, что бредообразование (как вообще проективный защитный механизм) является защитой от ужасного страха, связанного с психотической дезинтеграцией и утратой контроля. Такой защитный механизм в форме бредообразования мобилизует механизм контроля над наносимым болезнью ущербом.

С другой стороны, мы можем возразить и критически настроенным опытным коллегам-психиатрам, которые, ориентируясь на собственное понимание течения болезни, высказывают свою точку зрения о разделении между первичными и вторичными симптомами психоза. Первичные элементарные базовые расстройства есть прямое следствие повреждений, недостаточности, выпадения. Все остальное суть реакции компенсации, более или менее удачные попытки приспособления. Такие реакции, разумеется, имеют соответствующую окраску и образность в зависимости от культуральной основы, индивидуальных склонностей и общественного положения. Негативные (основанные на выпадении) и позитивные (возникающие как реакция психики) симптомы описаны Генри Эйем.

Мой ответ: прежде всего, следует на основании своего опыта установить различие между первичным расстройством и последующей, связанной с ним, реакцией компенсации в ее дифференцированной форме — так, как это предлагает делать Генри Эй, позицию которого я горячо приветствую, считая ее движением от чисто описательной к психодинамически ориентированной психиатрии. Разумеется, такое развитие психодинамических представлений в последние годы может быть расценено как регрессивная реакция на американскую абсолютизацию систематизированного описания в рамках классификации психических расстройств DSM (при определенных сравнительных успехах такого рода исследований). Способ психиатрического мышления, основанный не только на психологии сознания, но также учитывающий подсознательные процессы и динамические взаимосвязи, следует расценивать как ultima ratio в пользу гипотезы, предполагающей переход от рассуждений о первичном дефекте или дефиците («negativ» по Генри Эйю) к оценке данного состояния как «работы по защите „я"». Все это описано более обстоятельно в главе, посвященной спорным пунктам понятий защиты и дефекта. В связи с этим мы ставим вопрос о том, что постулирование первичного дефекта или дефицита является менее осмысленным и продуктивным, чем положение о первичном неразрешенном конфликте. Я постараюсь показать, какую пользу может оказать такое воззрение, на примерах из нашего психотерапевтического опыта.

Мои интенсивные занятия психодинамикой (и в частности, психогенезом) так называемых эндогенных психозов могут быть неверно расценены как недопустимая недооценка и пренебрежение большими успехами «биологической» психиатрии последних 20 лет. Эти успехи и их значение неоспоримы. Напротив, я исхожу из того, что интеграция результатов этих успешных исследований и моих воззрений возможна также и в области психодинамики и психогенетики. Результаты изучения близнецов и приемных детей, исследования нейротрансмиттеров и их значение для понимания функций головного мозга (во взаимосвязи с успехами психофармакологии) и, наконец, накопленные за последние годы результаты нейропатологических исследований (атрофия лобных долей, исследования гиппокампа, расширение желудочков мозга) совместимы с нашими наблюдениями в период длительной аналитически ориентированной психотерапии, рассматривающей микродинамику психотического процесса в связи с психогенетическими аспектами семейных взаимоотношений и другими моментами, касающимися каждого отдельного пациента.

Какие же подходы предполагаются во взаимодействии и связи между соматическими и психосоциальными факторами?

а) Осмысливание результатов изучения семейных взаимоотношений и, в еще большей степени, результатов изучения приемных детей, важности средовых факторов и врожденной ранимости, а также «антипсихотического» действия определенных внешних воздействий склоняют нас к мысли, что «эндогенные психозы» можно рассматривать так же, как психогенные заболевания. Против такой точки зрения свидетельствуют, однако, упомянутые выше однозначные данные биологической психиатрии, полученные на протяжении последних 20-30 лет, определившие при этих заболеваниях не только функциональные биохимические, но даже патологоанатомические изменения.

б) Быть может, однако, речь идет не только о психогенных, но и о психосоматических заболеваниях? Ведь можно предположить, что синаптические и нейротрансмиттерные расстройства — это вторичный результат совместного действия неблагоприятных психосоциальных факторов, предъявляющих чрезмерные требования к личности, в форме хронического стресса и, в конечном итоге, нарушения нейрональных структур? Об этом свидетельствуют также результаты близнецовых исследований и изучения приемных детей, посвященных действию врожденных, генетических факторов.

в) Может быть, как это уже допускает традиционная психиатрия в отношении соматопсихических заболеваний, первичная дефицитарная структура является определяющим, центральным причинным фактором, тогда как все другие проявления болезни — результат вторичной переработки этого дефицита психофизическим организмом? Против такого однозначного суждения свидетельствуют упомянутые результаты изучения приемных детей и интенсивный микроанализ единичных случаев.

г) Мне кажется, что понятия общей, психоаналитически ориентированной психосоматики последних десятилетий о соматопсихически-психосоматических заболеваниях применимы не только к тяжелым психосоматозам (язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, бронхиальная астма), но также могут служить подходящей интегративной моделью для так называемых эндогенных психозов. На этом основана следующая фундаментальная рабочая гипотеза.

Определенные вначале как конституциональные (вероятно, приобретенные или генетические) относительно незначительные расстройства (ограниченный дефект или дефицит) приводят — в условиях определенной среды, определенных психосоциальных факторов и, особенно, при определенным образом нарушенных связях с человеком, в отношении которого имеется первичная зависимость, — к развитию такой психической и личностной структуры, в которой из-за ее ригидности возникает внутрипсихический конфликт и напряженность. Эти состояния, со своей стороны, как процесс, длящийся на протяжении всей жизни, приводят к вторичным дополнительным расстройствам и повреждениям. Например, конституциональная предрасположенность к гиперсекреции слизистой оболочки желудка приводит к выраженному чувству голода и постоянной повышенной требовательности к питанию у грудного ребенка. При соответствующей психической структуре у матери, недостаточно подготовленной к такой ситуации, возникает определенная противореакция, которая отражается не только на процессе грудного вскармливания ребенка, но также (путем генерализации возникшего типа взаимодействия между матерью и ребенком) и на общем развитии ребенка с учетом пассивного, без чувства вины, и активного приема пищи, то есть взаимодействия между пассивностью и активностью. Этот процесс способствует возникновению определенной структуры характера (например, сильно выраженная зависимость от трудовых отношений при постоянно вытесняемом пассивном желании зависимости). В свою очередь, такая структура может привести к хронической гиперсекреции и повышению кис-

лотности в совокупности с аффектом: неизжитое желание безопасности, потребность в кормлении и т. д. в конечном итоге соматизируются, то есть обретают закономерность соответствующих психофизиологических реакций. Эти последние приводят к психосоматическим последствиям, которые вначале называются соматопсихическими и, как показывает приведенный выше пример, выражены незначительно. Но... малая причина — большие последствия.

Такая модель соматопсихически-психосоматических заболеваний может быть применена к так называемым эндогенным психозам, так как в ней интегрируются кажущиеся противоречия между биологической психиатрией и психоаналитически ориентированной психогенетикой и психодинамикой. Пожалуй, не случайно в больших руководствах по специальной психосоматике имеются соответствующие главы, касающиеся единичных соматических систем (кровообращение, урогенитальная сфера, дыхательная система) и кожных заболеваний. В большинстве из них, однако, отсутствуют специальные главы, касающиеся психосоматических заболеваний центральной нервной системы. Этот странный пробел, очевидно, связан с тем обстоятельством, что «психосоматозы» центральной нервной системы так сложны и так важны, что ими занимается особая традиционная и сильно институализированная наука под названием «психиатрия» с ее диагностикой и терапией. То, что мы тщетно ищем в руководствах по психосоматике, находится в психиатрических учебниках. Разумеется, в них отсутствует концептуализация соматопсихически-психосоматической модели, которая до настоящего времени представляется весьма сложной, и в большинстве случаев преобладает описательный способ изложения.

Короткое резюме: так называемые эндогенные психозы предположительно не являются только соматическими, психогенными или просто психосоматическими, но должны называться соматопсихически-психосоматическими заболеваниями.

Для психоаналитиков, которые интересуются проблематикой эндогенных психозов, большинство психозов равнозначны шизофрении, а под психотическим подразумевается шизофренное. Аффективные психозы, так называемые эндогенные депрессии, маниакально-депрессивные и шизоаффективные психозы психоаналитиками, как говорится, «кладутся под стол». Такая недопустимая односторонность, по моему глубокому убеждению, требует исправления. Аффективная патология нуждается в применении психоаналитически ориентированного динамического анализа как в ее понимании, так и в соответствующем лечении. В связи с этим четвертая глава этой книги посвящается психодинамике аффективных психозов.

В этой книге речь идет не только о психозах, но также о других, относительно тяжелых психических расстройствах, относящихся к компетенции как стационарной, так и амбулаторной психиатрии. Если психодинамическое мышление с соответствующими положениями и выводами применимо в области психозов, то, само собой разумеется, оно может быть использовано не только для невротических, но и для других непсихотических психических нарушений, и не только для пограничных случаев в узком смысле слова (Кернберг), но и для большей части психосоматических расстройств и той патологии, которая в описательной психиатрии относится к сборному понятию личностных расстройств.

Описание типологии и категоризация этой обширной области между «чистыми» психоневрозами и психозами встречается с невероятными трудностями. Можно предположить, что психодинамика должна быть применена и в этой промежуточной области психиатрии. В действительности, однако, такое применение имеет некоторые ограничения. Я хочу в специальной главе показать, что в основе психодинамических моделей лежит, по крайней мере, трехмерная диагностика, достаточно гибкая и, вместе с тем, точная, которая может быть использована в каждом конкретном случае, одновременно демонстрируя взаимосвязи между этими тремя измерениями.

Под тремя измерениями подразумеваются конфликты, способ их переработки и, наконец, соответствующая данная структура «я» (самость). Последнее измерение дает возможность при этих расстройствах (а не только при психозах) осмысленно интегрировать в рамках трехмерных взаимосвязей и биологические факторы. Такая трехмерная модель, которую я описал в 1981 г. в монографии о невротической переработке конфликтов, была предложена для типичных состояний, которые определяются жесткими рамками «неврозов» (в действительности это не так), и вполне применима для более тяжелых, не только невротических, но и других непсихотических психических расстройств. Наконец, эта модель является источником информации для родственников больных, которые учатся находить в смене различных симптомов и синдромов признаки защиты личности и понимать эти состояния, что способствует установлению стабильности в их взаимоотношениях с больными.

Отдельный человек с его так называемыми «расстройствами» не может быть втиснут в «диагностический ящик». В разные периоды своей жизни и на разных сменяющих друг друга уровнях он может применять различные механизмы защиты и компенсации, которые могут быть с соответствующей гибкостью использованы в терапевтических целях согласно нашим предложениям.

В последней главе, посвященной связям между внутрипсихическим и институциональным принуждением, мы предпринимаем попытку применить психодинамические рассуждения в анализе индивидуальной психики, межличностных отношений, а также проводим анализ единичного в институциональном, особенно при описании становления психосоциального устройства.

Психоаналитически ориентированные модели для психиатрии

Попытка интеграции

11сихоанализ претендует не только на применение его в терапевтических целях, но и на теоретическое объяснение психического развития вообще («нормального» и «патологического»). Он предлагает не только терапевтическую технику, но и определенную систему суждений, в рамках которой психические процессы рассматриваются в их внутрипсихической динамике. При невротических расстройствах значение психоаналитической психодинамики неоспоримо; я же хочу попытаться представить психоаналитические модели таких состояний, в которых значение и вес психодинамики еще недостаточно известны, а именно психотических процессов. Мы покажем, что случаи, при которых соматогенезу придается большое значение в становлении «эндогенных» психозов и при возникновении которых могут быть ретроспективно осмыслены психодинамические функции, применимы для понимания всех психотических состояний. Позже мы займемся исследованием возможных форм взаимодействия между

сомато-биологическими и внутрипсихическими, или, точнее, психосоциальными факторами. С помощью нескольких клинических примеров я познакомлю читателя с основными понятиями, необходимыми для описания психодинамики.

Одна 25-летняя гебефренная пациентка, которая в течение длительного времени пребывания за границей держалась относительно хорошо, во время кратковременного посещения своего дома в Германии уже через несколько часов впала в своеобразное состояние. Она комично требовала разобраться в том, почему она больше не способна к общению, утратила способность понимать себя, других и то, чего, собственно, от нее хотят. Она впала в состояние страха, убежала из дома и вынуждена была провести пару дней в психиатрической клинике.

Такая клиническая картина (с учетом течения заболевания) склонила психоаналитически ориентированного психиатра к трактовке психического состояния пациентки как начинающегося обострения (или реакции), связанного с возникшей опасностью нарушения границ «я» и самоидентификации. Он констатировал угрозу обострения болезни вследствие увеличения близости с важными для пациентки людьми, проживающими в ее родном доме, с которыми она встретилась во время своего кратковременного визита.

Достоин внимания дальнейший ход событий, который пациентка пережила и описала. Она рассказала, что во время последнего визита домой она ночью зашла на кухню, которая была заново обустроена, и взяла стакан молока. Внезапно она осознала, что молоко в стакане отравлено. На этот раз психодинамически мыслящий психиатр, вновь все обдумав, решил, что пациентке «удалось» с помощью такой, несомненно, бредовой картины конкретизировать неопределенную угрозу своему существованию и, что особенно важно, экстериоризировать ее, вынести наружу с помощью субъективного переживания. Тем самым пациентка добилась частичного освобождения от острого страха и возвращения своего «я» в прежние границы. Вследствие этого, несомненно, улучшилась ее способность отграничивать «я» от «не я» и восстановилась уверенность в себе, что вообще является основой критической оценки реальности.

Мы рассматриваем внутреннюю картину психотического состояния в форме психотической симптоматики как составную часть компенсаторной функции защиты «я», которая отнюдь не носит характера выпадения, но является основой элементарного нарушения восприятия.

Такой подход в прежней, традиционной психиатрии не является само собой разумеющимся. Многие психиатры до сих пор считают, что психотические состояния, в отличие от невротических, не поддаются психологической трактовке. Психиатры, не ориентированные на психодинамическое мышление, в большинстве своем считают, что невротические страхи, фобии, навязчивости и вообще невротические симптомы принципиально «понятны» и в этом отличны от симптомов психотических, которые, по их мнению, необъяснимы. По их убеждению, абсурдность и бессмысленность многих психотических симптомов в принципе не может быть понята. Особенно удивительным и странным нам кажется абсолютное противопоставление невротических и психотических симптомов. Разве навязчивости обсессивных невротиков, лишенные смысла и психологически необъяснимые, более «понятны», чем бредовые идеи психически больных? Разве фобии, состояния необоснованного страха, клинические картины истерических симптомов объяснимы без соответствующей работы психолога? Применимы ли открытия Зигмунда Фрейда и новые психоаналитические парадигмы только к невротической симптоматике?

При всем этом психозы не следует рассматривать в одном континууме с неврозами. Психозы качественно отличаются от неврозов не только сомато- и психогенезом, но и совершенно иной психодинамикой. Это качественное различие мы будем рассматривать позже. Для правиль-

ного психодинамического понимания психотического процесса, разумеется, требуется соответствующая теория и техника.

Исследование микродинамики психотического состояния и последующее длительное психотерапевтическое лечение в комплексе с интенсивной терапией требуют насколько возможно глубокого знакомства с пациентом. Возникновение (или даже исчезновение) психотического синдрома во взаимосвязи с переживанием определенной внутренней и внешней измененности в их регулярном повторении (что подтверждается как статистикой, так и единичными случаями) является тем источником информации о больном, который требует обстоятельного терапевтического подхода с последующими выводами. Часто не только разрыв и утрата, но также интенсивное сближение и любовь (и даже первое публичное выступление) могут сопровождаться психотической симптоматикой. Психодинамическая гипотеза связывает это не только с очевидной ранимостью и связанной с нею чрезмерной нагрузкой, которую представляют для пациента эмоциональные взаимоотношения, но также, весьма вероятно, со слабо выраженной самостью и объект-представлением при чрезмерной требовательности к этим психологическим образованиям.

Даже при психотических расстройствах, связанных с поражением головного мозга, при которых имеется четкая причинная связь с органическими, патолого-анатомическими повреждениями мозга, мы предполагаем, что значительная часть психотических симптомов — это не просто отражение мозгового изъяна, они относятся к биографическим, индивидуально обусловленным реакциям и попытке компенсации этого изъяна. Например, при алкогольном делирии галлюцинаторные переживания «сцены», как бы страшны они ни были, со всей очевидностью несут функцию конкретизации неопределенной, экстремальной дезинтеграции и, особенно, ее экстериоризации, направленных на то, чтобы сделать возможным переживание этой дезинтеграции и угрозы для жизни как исходящих извне. Такая конкретизация и экстериоризация необходимы для поддержания внутренней целостности и интеграции внутренних возможностей психики.

Итак, даже тогда, когда первостепенное значение в возникновении психоза имеют органические повреждения мозга, мы не можем обойти стороной психодинамические воззрения, которые придают значение как существующим на данный момент внутрипсихическим тенденциям, так и биографии пациента. Это в значительно большей степени применимо к так называемым эндогенным психозам, при которых нельзя отрицать наличие биологически обусловленной ранимости, причем имеет место врожденная ранимость, вообще лежащая в основе психогенеза. Я предпочитаю вместо часто встречающейся односторонности, когда отдается предпочтение либо сомато-биологической модели, либо психогенезу, исходящему из врожденной ранимости, пользоваться более подходящей интегративной моделью. При такой модели биологический, описательный и социально-психиатрический подходы оказываются задействованными наряду с генетическими и психодинамическими знаниями и терапевтическим опытом психоаналитически ориентированной психотерапии. В таком подходе, как бы тяжел он ни был, нет ничего невозможного.

Важной предпосылкой мультидисциплинарного подхода является то, что по преимуществу симптомы или синдромы, образующие клиническую картину болезни, никоим образом не являются признаками выпадения или изъяна, а, будучи расстройством или дисфункцией, оборачиваются попытками приспособления и компенсации. Когда психотическая пациентка в своем бреде полагает, что все легковые автомобили в городе одного и того же типа, имеют одни и те же определенные номера, встречаются друг с другом или специально обходят друг друга в определенном месте и в определенное время — что имеет прямое отношение к пациентке и является сигналом, об-

ращенным к ней, — мы не можем определять это как расстройство восприятия или способности к оценке реальности (хотя при формальном подходе это так). При изучении микродинамики этого состояния в данном конкретном случае возникает следующая психодинамическая гипотеза: пациентка находится в состоянии внутреннего непереносимого напряжения, в связи с чем экстериоризирует конфликт. Различные автомашины представляют определенного человека, связанного с ней, различные буквы и цифры на машинах составляют определенные слова и предложения, имеющие отношение к любви и ненависти, желаниям и страхам пациентки.

Если идти таким путем, становится возможным представить конфликт экстериоризированным вследствие его внутрипсихической непереносимости. Симптомы, прежде всего продуктивные, являются, таким образом, реакцией защиты и компенсации внутреннего напряжения, страхов, стыда и чувства вины, пониженной самооценки и размытой идентификации. Такая замена переживаний представляется в новом качестве. Мы рассматриваем психотический процесс как отказ, принесение в жертву, исключение из коммуникативного процесса части своего «я» — это первый шаг, и второй шаг — это попытка реконструкции той части внутреннего мира, в которой вследствие первого шага образовался вакуум (и большое желание вновь обрести способность к живым переживаниям и общению).

Теоретические и практические выводы такого типа рассуждений очень существенны. Они не только оказывают влияние на создание теоретической картины болезни в целом, но и имеют значение для детализации практических мер — дозировки психофармакологических препаратов или выбора метода психотерапевтического вмешательства. Можно предположить, что удивительное воздействие на продуктивную психотическую симптоматику психофармакологических препаратов с высоким потенциалом действия связано не с их специфическим влиянием. Ведь было бы абсурдным представлять, что химическая субстанция специфично и селективно блокирует такие сложные процессы, как бредообразование и галлюцинаторная проекция. Предпочтительнее будет мнение, что эта субстанция воздействует в виде замедления и уменьшения интенсивности внутренних переживаний и внутреннего напряжения. Введение такого химического и относительно выборочного ограничения «я» (аналог психологического самоограничения, которое предполагает Анна Фрейд в качестве невротического защитного механизма), а также одновременного ограничения эмоциональной возбудимости путем селективной блокады лимбической системы, приводит к такому изменению внутренней ситуации, что использование психотических механизмов защиты становится излишним. Поскольку поверхностные суждения о прямом влиянии психофармакологических средств на единичные симптомы представляются сомнительными, мы принимаем во внимание непрямой эффект в форме торможения эмоционального состояния и процесса восприятия, которые (с помощью примитивных защитных механизмов) мобилизуют такие симптомы.

Эта рабочая гипотеза подкрепляется наблюдениями, которые показывают, что психотерапевтическое вмешательство, со всей очевидностью, не может быть столь же эффективным, как «антипсихотический эффект» психофармакотерапии, до тех пор пока химическая блокада внутреннего эмоционального напряжения и измененного восприятия, связанных с субъективным чувством опасности, страха и напряженности, не даст возможности для психологического воздействия без применения высоких доз психофармакологических препаратов в случае, если использование примитивных защитных механизмов становится ненужным.

При психодинамических подходах и даже при биологических исследованиях следует принимать во внимание, что психиатрия рассматривает «тяжесть» клинической картины во взаимосвязи с «тяжестью» предполагаемого биологического фактора. Это проявляется в том, что тяжесть

состояния находит отражение в клинической картине выпадения (изъяна) и наоборот. В основе такого эксплицитного или имплицитного подхода лежат поиски биологического фактора, то есть исследования, в результате которых можно было бы установить признаки, однозначно связанные с «тяжестью» клинической картины, которые отсутствовали бы в сравнимой контрольной группе. При этом нужно исходить из представления, что такая сформированная в ходе соответствующих исследований группа больных, страдающих «тяжелыми» случаями психоза, должна быть гомогенной относительно определенного, имеющегося у каждого пациента, биологического фактора X.

Должны ли мы расценивать такой подход как безусловный или как вероятностный? Или, напротив, «тяжесть» клинической картины не связана с заданным, предопределенным отражением биологического фактора, а зависит от особенностей психического организма, на этот фактор реагирующего? Например, не исключено и даже представляется вероятным, что легкие периодические депрессивные расстройства настроения, связанные с сезонным фактором, которые в повседневной клинической практике не расцениваются как психозы (за исключением, пожалуй, так называемых витальных нарушений настроения), имеют такие же выраженные и даже сильно выраженные предпосылки в виде биологического фактора, как тяжелые виды меланхолии (которые по праву считаются психотическими), и, возможно, тяжесть реакции здесь связана с соответствующей структурой личности (например, «меланхолический тип» по Телленбаху). Отсюда можно сделать вывод, что взятая для исследования группа с «легкими витальными расстройствами настроения» с биологической точки зрения более гомогенна и более однозначно связана с соматогенным фактором, чем группа с тяжелой психотической меланхолией. Такое соображение не является чисто теоретическим. Оно опирается на определенные клинические наблюдения. Так, сходным тяжелым галлюцинаторно-параноидным картинам болезни вовсе не свойственна биологическая гомогенность.

Я хочу еще раз пояснить: способ проявления клинической картины (включая степень регрессии, представленность примитивных защитных механизмов, таких, как бредовая проекция и т.д.) является не только результирующей масштаба выраженности биологических факторов, но также, независимо от врожденной структуральной недостаточности и нестабильности, вынужденным бегством к примитивным регрессивным механизмам защиты. В случае, если мои гипотезы верны, можно предположить, что множество проведенных к настоящему времени статистических сопоставлений (внутри биологических психиатрических исследований) приведут к выравниванию между изучаемой биологически гомогенной группой больных и «здоровой» контрольной группой. Вероятно, гомогенность изучаемой группы (в ее связи с биологическими факторами) должна быть обусловлена не относительной «тяжестью» клинической картины, а непсихопатологическими параметрами, такими, как периодичность, полная независимость от внутренних и внешних пусковых механизмов и т.д.

Такие рассуждения влекут за собой следующие выводы. На самом деле различие между неврозами и психозами должно основываться не на этиологических предположениях, не на принципе «психозы соматогенны, неврозы психогенны» (а именно на этом основана описательная классификация, включая DSM-III), а на психодинамической точке зрения. Я упоминал уже о том, что отрицательно отношусь к тому, чтобы рассматривать психозы и неврозы в рамках одного континуума. Я считаю, что между ними имеется четкое различие. Это различие, однако, заключается не в альтернативе соматогенное-психогенное, тем более что имеются доказательства (Хейгл-Эверс, Шепанк) значительной роли конституциональных, врожденных факторов в происхождении неврозов. Различие между неврозами и психозами основано на способе вовлечения

оборонительных, защитных и компенсаторных механизмов в их взаимосвязи со свойствами «я» и структурой «я». При неврозах на первом плане стоит конфликт (возникающий на относительно высоком уровне психического созревания) при относительной сохранности личности. Психоз же свидетельствует о «болезни „я"» — о пониженной определенности и направленности психических процессов, о нарушении границ самости, о неспособности к различению границ между собой и окружающим миром, что, по преимуществу, влечет за собой задействование соответствующих защитных и компенсаторных механизмов. Такое суждение должно быть правильно понято. При психозе «конфликт» не играет никакой роли или, по крайней мере, не имеет значения в настоящем времени. При актуальном динамическом процессе имеет значение лишь то, что при психозах решающую роль играют различные защитные механизмы.

Такие взгляды приводят нас к кажущемуся противоречию, которое наши наблюдения вполне разрешают. Мы должны с помощью примеров понять, почему многие даже легко протекающие циклотимии (аффективные психозы) ни при каких обстоятельствах не поддаются психотерапии и, наоборот, некоторые тяжелые маниакально-депрессивные больные при некоторых обстоятельствах вполне поддаются психотерапевтическому воздействию. Нам нужно понять, почему многие шизофренические пациенты могут получать существенную пользу от длительной психотерапии, тогда как для других такого рода терапевтические усилия напрасны. Все это, несомненно, означает, что психотерапевтические мероприятия должны применяться и впредь. При этом психоаналитики должны быть готовы к тому, что психотерапия, направленная на раскрытие, может не вызывать улучшения, а психиатры должны быть готовы к применению психоаналитически ориентированной психотерапии при тяжелых психозах.

Описанию психотерапевтических возможностей в отношении психотических пациентов мы посвятим отдельную главу этой книги. Однако для интересующихся этой важной психодинамической концепцией я хочу высказать следующие соображения.

Стандартизованная психоаналитическая техника применима для лечения относительно «зрелых» невротических расстройств, в которых на первом плане стоит хорошо структурированный конфликт. Этот способ лечения предполагает относительно цельную и зрелую личность и сконцентрирован на переработке подсознательных конфликтов и защитных механизмов. Он благоприятствует тому, чтобы нерезко выраженная регрессия и страхи пациента путем повторного эмоционального переживания переноса помогли ему сделать выбор между фантазией и реальностью таким образом, что в результате этого процесса будет полностью функционировать «я» и при этом не нарушится способность реальной оценки ситуации. Такая техника требует целенаправленного переноса, развитости сильных эмоциональных связей и правильного чувства позитивного и негативного. При проведении такой терапии мы исходим из того, что пациент полностью осмысливает характер проводимой процедуры и не теряет ориентировки в окружающем.

Совсем иное происходит у психотических пациентов, которые по всем упомянутым выше позициям отличаются от пациентов невротических. Вследствие этого и может возникнуть мнение, что психотерапевтические методы при лечении психозов неприменимы. Со всей очевидностью можно сделать вывод, что к психотическим больным не следует применять методы, которые не способствуют их защите. При психозах процесс вытеснения выражен, скорее всего, незначительно. Здесь нельзя предъявлять никаких требований к регрессу, так как заболевание само по себе представляет регресс. Психотический больной находится в таком состоянии, когда он не вербализирует свои желания, но, большей частью, проецирует их вовне, не проводя при этом четкого различия между этой проекцией и реальностью, смешивая себя самого с психотерапевтом.

В последующих главах мы увидим, что такого рода возражения имеют лишь ограниченное значение. По крайней мере, психоаналитически ориентированная психотерапия при психозах не только возможна, но и необходима. Само собой разумеется, что это требует определенных изменений в методике проведения психотерапии. Нельзя забывать, что даже при непсихотических расстройствах, когда психоаналитически ориентированная психотерапия стоит на первом плане, стандартные методы в собственном смысле слова применяются относительно редко. Такая терапия вполне допустима не только при психозах, но и при других психических расстройствах и состояниях. В одной из своих прежних работ (Mentzos, 1988) я попытался описать применение трех таких психотерапевтических методик при амбулаторной психотерапии психотических пациентов. Все три методики являются психоаналитическими, несмотря на их значительные различия между собой. Ни в коем случае (даже если мы лично в этом заинтересованы) не следует прибегать к часто повторяющемуся интенсивному лечению.

В этой главе был поставлен вопрос о значении психоаналитически ориентированных моделей для психиатрии и установлена возможность использования интегративных моделей.

Точно так же, как для понимания динамики болезни необходима классификация, для разработки стратегии научных исследований и, в конечном счете, для терапии необходима интеграция биолого-психиатрических и психодинамических точек зрения.

Модель конфликта и психотическая динамика

Спорные пункты понятий «дефект» и «защита от конфликта»

tin мупд Фрейд (Freud, 1924) усматривал специфику психозов и том, что при них — в рамках массивного регрессивного процесса — «либидо» отделяется от «объекта» (подразумевается, в первую очередь, внутрипсихическое представление первичных для пациента персон), а также в том, что эти персоны (а также вообще психическое представление мира) перестают быть для пациента значимыми. Фрейд считает психоз попыткой реконструкции, при которой психотик, помимо прочего, посредством галлюцинаций, бредовых идей и другой «продукции» создает «новый мир». Эта формулировка Фрейда является едва ли не основным направлением в исследовании динамики влечений; он рассматривал психотический процесс как распределение психической «энергии» и тем самым предвосхитил определенные «я»-психологические структуральные точки зрения.

Фрейд понимал этот процесс, аналогично ситуации при неврозах, как ответ на конфликт. Подобным же образом

Арлов и Бреннер много позже (1964) рассматривали существенные признаки психоза как (примитивное) использование защитных механизмов и понимали все психотические проявления как результат такого защитного процесса, правда, не упоминая о специфике внутрипсихического состояния, против которого направлена защита.

В противоречии с таким пониманием защиты от конфликта находится концепция дефицита «я» (заменяющая, преимущественно, «я»-психологическое направление психоанализа). В соответствии с этим представлением, при шизофрении речь идет о конституциональной (или приобретенной в процессе развития) слабости «я» и дефиците «я». В этой концепции определяющими являются не защита, не конфликт, а дефект, слабость.

Возникшие в 50-е годы и позже представления так называемой теории о связи объектов приблизили нас к клинической реальности и улучшили первоначально неточные описания слабости «я». Эта теория стала базисной для концепции само- и объект-представления. В соответствии с этой теорией слабость «я» связана с недостаточно согласованной структурой представления себя и объекта. Это ухудшает не только функционирование «я», о чем мы говорили и раньше, но также согласованность связи и соотношения между самим собой и объектом. Нарушение отношений с первичным объектом связи, как основа психической деятельности психотика, в свете этих представлений приводит к дефициту само- и объект-представления. Такой подход дал Кернбергу возможность обогатить и расширить степень дифференцированности первоначальной теории. Благодаря этому мы теперь лучше понимаем, почему многие пациенты, будучи внутри своих связей психотическими больными, могут часто вполне «нормально» себя вести и функционировать, порой даже проявляя удивительную интеллектуальную и творческую (в области культуры) работоспособность.

Эти представления Эдит Якобсон и Маргарет С. Малер, получившие дальнейшее развитие и дифференциацию в теории Кернберга, которые посвящены динамическому описанию нормального раннего развития ребенка, а также патологическому развитию как предрасположенности к психозам, чрезвычайно полезны. Данная теория, однако, менее пригодна для убедительного объяснения возникновения специфической слабости само- и объект-представления. Обращая внимание на то, что, как это показано в главе I этой книги, большинство психопатологических феноменов представляют собой отстранение от реакции на повреждение, мы вправе поставить вопрос о функциональной необходимости такой реакции и о том, не являются ли эти феномены процессом защиты, обороны или компенсации. Какую функцию несут эти процессы, имеют ли они положительное значение?

Считается, что элементы понимания этого уже представлены в модели Кернберга. Они косвенным образом вплетены в кернберговское понимание слабо изученного стремления к повторному слиянию (с матерью) и его представление о функции защиты (защитная регрессия). Вопрос о функциональной необходимости столь массивной регрессии, однако, недостаточно проработан. Мелани Клейн и ее ученики сделали из этого соответствующие выводы. Они говорят о защищающем конфликте и даже однозначно формулируют этот конфликт с помощью гипотезы (для меня однозначно неприемлемой) об инстинкте смерти: это предопределенный и запрограммированный первичный агрессивный конфликт, который вследствие дополнительных неблагоприятных условий вызывает существенное внутрипсихическое напряжение, приводящее к тяжелому внутрипсихическому конфликту, который, в свою очередь, требует дальнейшего привлечения защитных механизмов. Свои критические соображения по поводу возможности такого рода конфликтов я выскажу позже. Мне представляется важным то обстоятельство, что такого рода понимание конфликта не только имеет ряд теоретических преимуществ (так как дает возможность понять защитные механизмы), но и типич-

ным образом согласуется с повторяющимся терапевтическим опытом.

Именно у пациентов, у которых (под защитой интенсивных связей с психотерапевтом) существенные психотические механизмы локализуются и ослабляются, становится ясным постоянное противоречие между симбиотическим стремлением к слиянию и интенсивными тенденциями к дистанцированию, с одной стороны, и смертоносными фантазиями, с другой. Позже я обстоятельно разъясню, почему модель психоза, исходящая из понимания дефицита функционирования «я» и более дифференцированных представлений Кернберга и многих других, исходящих из дефицита само- и объект-представления, может быть использована лишь при самом высоком уровне динамического описания психотического состояния, без чего невозможно понимание целостной картины болезни. С другой стороны, лишь понимание, по крайней мере, большей части дефицитарности как защиты или как компромисса (пусть даже регрессивного и примитивного) внутри так называемого конфликта дает возможность интегрировать даже самые необъяснимые клинические наблюдения. К примеру, имеются неоспоримые факты, когда так называемая дефицитарность со временем может варьировать; определенные неблагоприятные условия даже при однократном появлении могут вызвать ее усиление. До сих пор было очевидным, что стресс или ситуация, при которой к человеку предъявляются чрезмерные требования, приводят к сбою в функционировании дефицитарной системы. Достойно, однако, внимания то обстоятельство, что не так уж редко неспецифические и случайные стрессоры действуют на психическое расстройство сильнее, чем действительно специфические воздействия. Бросается в глаза, что так называемая дефицитарность часто проявляется не всеобще, а избирательно, — это особенно важно для понимания того, что она служит для уменьшения внутрипсихического напряжения в качестве защитного, связанного с разгрузкой, механизма и в зна-чптслыю меньшей степени проявляется в качестве дефицита функции или недостаточной выраженности проявлении клинической картины. Я могу это проиллюстрировать простым клиническим наблюдением.

> Юная пациентка, страдающая шизофренией, когда **си** впервые показали десять таблиц теста Роршаха, пред-ciai4i.na ряд параноидных ответов, связанных со структу-**рой «я»**, часто абсурдного содержания; вершиной их было 1аяш1сиис, что в центре одной из таблиц стоит она сама рядом с Иисусом и что таблица вообще представляет <11>.1111 г 11.111 суд.

Непредубежденный наблюдатель, прежде всего, предположи!', что у этой женщины на первом плане представисны расстройства восприятия (в том числе вследствие структурального дефицита), в результате чего грубо искажается реальность «я». В дополнение к данному случаю следует добавить, что после окончания просмотра таблиц Роршаха пациентка обратилась к экспериментатору и спросиия: «Пить может, Вы хотите еще что-нибудь услышать? Итак, на первой таблице изображены тазовые кости человека, на второй — два танцующих медведя, на третьей — два раскланивающихся кельнера, не так ли?» Таким образом, пациентка, которая искаженно воспринимает реальность, в то же самое время принимает мир так же, как и большинство людей, и дает общепринятые банальные ответы на тест Роршаха. В конце обследования она, между прочим, сказала: «Разумеется, все, что я говорила вначале, правда».

Конечно, речь идет не только о сомнительном, двойственном характере ответов на тест Роршаха, но и о подтверждении выраженности известного при шизофрении феномена, именуемого «двойной бухгалтерией», а также о значении элементарных расстройств восприятия как основы дефекта. На основании такого рода наблюдений создается впечатление, что на самом деле, если врожденные или приобретенные расстройства при психозах и существуют, то в сложной картине проявлений психоза эти

гипотетические элементарные расстройства могут, по крайней мере, ослабляться. Фактом остается то обстоятельство, что состояние пациентки, несмотря на грубое искажение восприятия себя и окружающего мира, сопровождающееся психотическими переживаниями и воззрениями, не исключает ее обычного, свойственного большинству людей, восприятия самой себя и окружения. Впоследствии эта способность становится все более очевидной. Однако исходя из (болезненных) оснований, которые мы предполагаем в результате лечения изменить, пациент отдает предпочтение «психотическому» способу поведения (мы здесь говорим о «предпочтении» как о более точном и правильном слове, которое отражает интенциональный выбор пациента, даже когда речь идет о выборе психотического пути, хотя это принципиально не исключает способности к «нормальному» восприятию). Сделать следующий шаг нам поможет такое наблюдение:

> 30-летняя женщина-юрист, поступившая в связи с острым шизофренным психозом, через несколько часов успокоилась настолько, что ее стали демонстрировать студентам в аудитории. В прошлом она проявляла такой ум и образованность, что обсуждался вопрос об ее избрании в Бундестаг. В тот момент, когда доцент стал спрашивать ее, как скоро она собирается пойти домой и налаживать взаимопонимание с матерью, пациентка впала в выраженное кататоноформное состояние, стала совершать стереотипные движения, тихо разговаривать сама с собой и приводить свои движения в соответствие с движением часовой стрелки часов, находящихся в аудитории. Некоторое время спустя доцент спросил у нее, хорошие ли прогнозы у нового правительства. У пациентки тотчас же удивительнейшим образом изменилось состояние: она очень детально и рационально стала размышлять о текущей политической ситуации.

Достойным внимания мне кажется не только то, что предположение о преходящих элементарных расстройствах восприятия этой пациентки явно необоснованно, но и то обстоятельство, что дополнительные факторы (психосоциальные связи) столь же существенно значимы и специфичны для пациентки, как и правильное соотношение между близостью и дистанцированием с первичным объектом. Все это соответствует давно известной истине, что провоцирующая психоз ситуация не связана с неспецифическими стрессорами (военными событиями, голодом, нуждой или переутомлением), но зависит от утраты объекта и ни, наоборот, запутанности связей, имеющих интимное шачепие. Такие достаточно специфические для психоти- 41 •<-Ktn'i личности события поразительно часто оказываются взаимосвязанными с внезапным возникновением психотических эпизодов[1].

'•Эти клинические наблюдения утверждают нас в предположении, что установленные психические расстройства не являются проявлением дисфункции или нарушения равновесия при предъявлении чрезмерных требований к (дефицитарному) функционированию «я», но (аналогично ситуации при невротической симптоматике) представляют собой картину примитивных защитных механизмов. Следует принимать во внимание, особенно при терапевтических усилиях, направленных на локализацию или ослабление этих защитных механизмов, явное существование противоположных констелляций (например, стремление к экстремальной симбиотической близости или тенденция к слиянию, с одной стороны, и одновременно стремление к экстремальному дистанцированию с враждебностью, ненавистью и деструктивными тенденциями —

[1] Хочу предупредить недоразумение: я не считаю, что эти «спусковые, разрешающие» раздражители или мобилизующие ситуации являются единственной причиной дискретных защитных механизмов без учета состояния «я». В действительности создается впечатление, что наступает всеобщее «переключение на другую волну». Только для такого всеобщего «переключения» типа функционирования с возникновением другого общего психического состояния необходимо применение противоположных механизмов и, что очень важно, вовлечение в этот процесс относительно специфических психических констелляций.

с другой). Все это не может не вызвать предположения о том, что внутрипсихическая напряженность, которая мобилизует эти защитные механизмы, вероятнее всего, исходит из внутрипсихических противоположностей, которые, в конечном счете, являются конфликтом с вытекающим из него способом поведения.

Обращает на себя внимание, что значительное число авторов, которые считают конфликты важным компонентом психотической динамики, испытывают большие затруднения при попытке точно обозначить и назвать эти конфликты. Даже такой знаток, как Джон Фрош, в своей монографии о психотическом процессе (Frosch, 1983), описывая типы встречающихся защитных механизмов во взаимосвязи с функционированием «я», считает эти состояния конфликтом. Так же, как и другие авторы, он описывает примитивные механизмы психотических расстройств (напряженность и экстериоризация, отрицание, проективная идентификация и т. д.).

Все это хорошо известно и вряд ли может быть оспорено. Известно и то, что у психотиков имеет место дисфункция (вследствие действия защитных механизмов или в связи с существенной структурной недостаточностью) в виде, например, неспособности к различению «я» и «не я», уменьшения целостности и связанной с этим склонности к дезинтеграции. На вопрос о типах конфликтов, имеющих значение при психотической динамике, большинство авторов не дают ответа (за малым исключением, в частности, Ракамье и Паше). Давая определение конфликта, авторы уклоняются от фрейдовского направления и делают предположение, что это конфликт между «я» и реальностью (оставляя без ответа вопрос о том, является ли этот конфликт внутрипсихическим), или, забыв о поиске конфликта, с особой детализацией пытаются описать слабость «я» психотиков или, говоря современным языком, их «ранимость». Мы имеем существенное основание предполагать, что значительная часть так называемой слабости «я» не является первичной данностью, но есть результат (или неизбежное следствие) защитного процесса, при котором вполне правомерно ставить вопрос о том, что в данном процессе является защитой, а что — компенсацией.

Можно с законным правом возразить, что вполне естественно возникшие вопросы поставлены не вполне корректно, так как невозможно различить, где конфликт, приводящий к защите, а где компенсация обусловленных конфликтом недостаточности и дефицита. Итак, почему это вообще называется конфликтом? Только ли из потребности установить единство и провести аналогию с концепцией неврозов? Быть может, для объяснения психозов следует исходить не из концепции врожденной или приобретенной ранимости, ранней травматизации, блокады или нарушения процесса развития или недостаточности материнской заботы (то есть концепции «болезни, связанной с недостаточностью»), а из понимания внутрипсихического напряжения и дисфункции?

Мой ответ достаточно сложен, так как указанные факторы в большей или меньшей степени вовлечены в психогенез и психодинамику психотического состояния. Мы не подвергаем сомнению значение дефицита материнской заботы или тяжелой ранней травмы. Однако для меня более приемлемой является модель, при которой, не исключая перечисленных выше компонентов, учитывается состояние чрезвычайного противопоставления противоположных мотиваций, отраженных в переживаниях и поведении психотика. Это особенно заметно в рамках длительного интенсивного психоаналитического лечения психотических пациентов, когда возникает мощное стремление к агрессии вследствие одновременного возникновения противоположных мотиваций (например, стремление к слиянию и непереносимый страх утраты «я»). В следующей главе у нас будет возможность ближе познакомиться с примерами такой противоречивости. Таким образом, противоречивость является центральным направлением развития психоза. Модели, пренебрегающие этой составляю-

щей конфликта, являются неприемлемыми. К тому же, такая связанная с конфликтом психотическая структура имеет большое значение — не только практическое (постоянные обострения, хронификация, сопротивление терапии, блокирование приобретения нового опыта и способности к управлению своими поступками), но и теоретическое.

Большое число наблюдений и терапевтический опыт утверждают нас в мысли, что конфликт не является вторичным, побочным феноменом, а с самого начала имеет центральное и основное значение. Именно об этом свидетельствуют клинические наблюдения и терапевтический опыт при интенсивном психоаналитическом лечении психозов, которое проводила Мелани Клейн с учениками. Она высказала предположение о том, что при психозах имеется изначальный запрограммированный конфликт, который она определяет как первичный агрессивный конфликт, используя для его объяснения гипотезу о влечении к смерти. Однако лишь очень небольшое число авторов серьезно воспринимают такую картину внутрипсихического конфликта и утверждают значимость первичного конфликта (как необходимого для введения в действие защитного механизма). Именно по этому пункту я хочу высказать замечания, дабы избежать недоразумений.

а) В противоположность сторонникам М. Клейн, я не считаю, что агрессия и развивающийся конфликт являются первичным состоянием. Ни психоаналитический опыт, ни этиологические изыскания, ни биологические данные, подтверждающие понятие первичной деструкции «я», называемой «первичным мазохизмом», ни даже деструктивные влечения (влечение к смерти) не дают для этого оснований. Даже удерживание в психотической динамике чрезвычайно выраженной агрессии, безусловно, является следствием нарушенных связей с первичным объектом и возникшей позже действующей структуры, постоянно продуцирующей фрустрацию (Mentzos, 1985). Здесь нет речи о конфликте между либидо и первичной агрессией.

б) Речь не идет также о конфликте, который был бы сравним с конфликтом при психоневрозах (когда мы представляем его как «зрелый» конфликт между «оно» и «сверх-я»).

Быть может, понятие «конфликт», которое я постараюсь коротко обрисовать, не вполне подходящий термин, так как он понимается в рамках психоанализа и имеет ограничения в отношении психодинамики психоневрозов. Однако, за неимением лучшего, я предпочитаю использовать этот термин с соответствующими объяснениями того, как я понимаю его применение во взаимосвязи с динамикой психозов.

Я исхожу из того, что общая внутрипсихическая противоречивость, которая и является основным конфликтом, представляет собой всеобщую ступень развития и взаимосвязанную с этой ступенью задачу, которая в психическом онтогенезе каждого человека принимает образ конфликта. Эта закономерная последовательность возникающих задач, связанных с основным конфликтом, является центральной осью как нормального, так и патологического развития. Различие между здоровым и психически больным состоит не в самом факте возникновения таких задач и конфликтов, а в том, как они преодолеваются. Другого не дано. Все люди решают и могут разрешить конфликты. Вопрос состоит в том, как решаются эти задачи и преодолеваются эти конфликты.

Благоприятное окружение, под которым подразумевается забота любящей матери при минимальной вероятности грубых травм, а также наличие «триангуляции» (что равнозначно полноте двойственной связи мать-дитя с возникновением третьей важной персоны — отца) способствует разрешению этой задачи. И, напротив, неблагоприятные условия в этой формирующей ребенка среде могут приводить к застыванию форм противостояния.

Находясь в тесной взаимосвязи и будучи биполярно направленными, в норме эти задачи интегрируются. Общим для всех является противоречие между тенденциями

в направлении «я» и в направлении объекта (более правильным, хотя и более длинным определением будет «противоположные тенденции, направленные на обслуживание собственного „я" и на объект», или, может быть, в качестве элегантной альтернативы следует употреблять более точные греческие выражения: противопоставление тенденций аутофилии и аллофилии).

Если этот процесс интеграции подвергается тяжелой травме путем фрустрации и вообще из-за недостатка удовлетворенности и (или) активации (а также нередко из-за избалованности и избытка раздражителей), то диалектическая задача снятия внутренних противоречий путем интеграции не выполняется. Это вызывает нежелательное внутрипсихическое напряжение, которое постоянно усиливается и принуждает к включению механизма ложного освобождения от конфликта вместо нормального снятия противоречия путем интеграции. Такое ложное освобождение проявляется либо в виде защиты от конфликта путем его проявления (например, через отрицание или экстериоризацию конфликта), либо в одностороннем застывшем предпочтении или поляризации присущей данной личности биполярности (например, через тотальный нарциссический уход к аутизму путем пренебрежения и блокирования связей с объектом).

Компенсаторные процессы связаны с необходимостью восстановления утраченных функций и проявляются в защитных мерах, источником которых является фрустрация или дефицитарные проявления. Это влечет за собой нарциссический шизофренный отход, при котором на втором этапе вследствие устрашающей, непереносимой пустоты, страха и чувства одиночества возникает напоминающее голод влечение к объекту, или «объектное голодание», что, в свою очередь, является источником «продуктивной» симптоматики (определенные формы бреда и галлюцинаций). Таким образом, возникает новый галлюцинаторно-параноидный мир. Всеобщее переведение конфликта в систему внешних связей наряду с экстериоризацией утраты связи с объектом привязанности и значительной частью собственного «я» приводит к попытке восстановления и компенсации через так называемую продуктивную психотическую симптоматику. В следующей главе мы увидим, что в действительности психотическая симптоматика имеет не только защитную функцию, но часто несет в себе аспект компромиссного эрзац-удовлетворения (эту последнюю функцию детально описал в своей диссертации Лемпа).

Я надеюсь, что эти рассуждения свидетельствуют о необходимости концептуализации и понимания того, каким образом при нормальной биполярности психических процессов возникает конфликт. Вообще-то вопрос о том, как возникает внутренняя противоречивость, не имеет достаточно точного ответа. Суждение, что это — противостояние между нарциссическими и связанными с объектом тенденциями, будучи правильным и достойным внимания, носит, однако, слишком общий характер. Ниже мы представим различные формы возможных парных противостояний. Для их понимания мы используем представления и модели психоаналитический психологии развития.

Первой и, пожалуй, важнейшей задачей психического развития, которая должна быть разрешена, является необходимость самоопределения и дифференциации «я» и объекта. Эта задача уже в самом своем определении несет потенциальный конфликт в форме конкуренции сильной тенденции индивидуализации и противоположной тенденции — сохранения симбиоза или слияния. При благоприятных условиях эти противостоящие мотивационные констелляции конструктивно разрешаются.

Вместе с тем, у маленького ребенка появляется следующая задача становления, которая заключается в трудной интеграции положительного и отрицательного в себе самом, в образовании внутренней картины мира (на принятом психоаналитическом языке — интеграция «добра» и «зла» в субъективном и объективном).

Позднее возникает третья актуальная задача — снятие противоречия между автономией и зависимостью, кото-

рая в благоприятном окружении конструктивно разрешается и способствует спокойному дальнейшему развитию.

В рамках нашей тематики сосредоточимся на первой задаче, важной для нас. Неблагоприятная первичная связь с объектом, делающая невозможным конструктивное разрешение первой задачи, приводит к тому, что постепенное становление само- и объект-представления происходит размыто, нечетко и слабо выражено. Это приводит к возникновению «структурного дефицита», что несет в себе опасность отрицательного влияния на функционирование «я» и в определенной степени означает дефицитарность. Мне особенно близко утверждение, что этот приобретенный дефицит (и возникшая ранимость) является неотъемлемой частью противостояния или конфликта, который остается действенным как актуальная взаимосвязь противоположных мотиваций. Таким образом, патологическое развитие нельзя рассматривать как нечто статичное. Это должно относиться и к понятию дефекта, который нужно представлять себе как процесс.

Те, кто страдает от описанного конфликта, одновременно испытывают сильное влечение к объединению с объектом и страх перед утратой своего «я». При установлении новых связей и особенно при взрослении этот конфликт всегда актуализируется. В динамическом понимании конфликт остается актуальным. Будущий пациент при установлении связи испытывает не только страх перед утратой собственного «я», но и (при систематическом уменьшении числа связей вследствие изоляции) влечение к объединению и слиянию. Он боится не только слишком большой близости, но и слишком большого дистанцирования. Не напрасно такой прирожденный психоаналитик, как Рольфе, при лечении шизофрении на основании своего опыта пришел к выводу об узости и хрупкости границы между большой близостью и большой дистанцией у больных. И нет ничего удивительного, например, в том, что больная шизофренией при посещении ее в стационаре вначале ведет себя дружелюбно и благосклонно, а затем внезапно становится агрессивной и плюет мне в лицо — по-видимому, из-за того, что я преступил эту критическую границу. Внезапная агрессивная реакция призывает к восстановлению требуемой дистанции.

Изначальная биполярность между нарциссическими и связанными с объектом тенденциями в эволюционной теории рассматривается как целесообразная, ибо ее следствием является динамическое, жизненное развитие. Такой биполярный принцип хорошо известен в психологии и биологии. Имеются в виду противостоящие парные состояния пассивности и активности, гетеро- и гомосексуальность, агонисты и антагонисты в мышечной системе, симпатическое и парасимпатическое в нервно-вегетативной системе и т. д.

Существенным аспектом полярности, который мы рассматриваем в этой книге, является преодоление противоположностей, тесно связанное с их интеграцией и приводящее к благоприятному исходу в том или ином виде деятельности.

Удачное удовлетворение связанных с объектом потребностей приводит к укреплению нарциссической позиции. И наоборот, стабильная самооценка, стабильная автономия является хорошим условием для удачного установления связей с объектами. Мобилизация неблагоприятного опыта ребенка в виде травмы, отказа, принуждения, со своей стороны, усиливает нарциссический отход в форме симбиотического стремления (кроме первоначального удовлетворения потребностей) и влечения к объекту («объектного голодания»). Таким образом объясняется, почему присутствие объекта может способствовать возникновению страха и дать повод для противостоящих страху агрессивных действий. Продолжение этой негативной динамики может иметь разрушительные последствия. Объект (не только внешний, но и внутрипсихический), в конечном счете, исключается из коммуникации — вместе со значительной частью «я», связанной с этим объектом. Вследствие этого возникает пустота, вакуум, который

может быть заполнен психотической симптоматикой. Это сопровождается не только экстериоризацией конфликта, но и одновременно отчаянной попыткой устранить возникшую пустоту. Экстериоризированная часть «я» и высвобождение от внутреннего объекта (отторжение) может быть, например, возвращено как галлюцинаторный «голос». В течение многолетнего, требующего больших усилий лечения этот «голос» может быть снова воспринят как изначально собственный.

• Реплика о значении агрессии

Некоторые читатели и большинство психоаналитиков с законным правом могут поставить вопрос о том, какое место в обрисованной нами модели занимает агрессия. Клинический и особенно психотерапевтический опыт работы с психотическими пациентами показывает, что у них всегда и в экстремальных масштабах имеет место проявленная или подавленная агрессия.

Само собой разумеется, что агрессия играет центральную роль как во взаимосвязи с конфликтом, так и в психотической структуре внутри психотического процесса. Я расцениваю агрессию не только как первичное влечение, но и как тип реакции (в действительности служащий для выравнивания реакций страха), имеющий функцию сохранения нарциссического удовлетворения либидозных желаний. Я понимаю это как вторичный конфликт, связанный с взаимоотношениями, и не расцениваю его, в отличие от Мелани Клейн, как проявление первичного конфликта или конфликта между агрессией и либидо. Мне более близка точка зрения, согласно которой агрессия имеет исток в присущей психическому развитию биполярности и возникает под влиянием обстоятельств в процессе основного конфликта. Такое неадекватное разрешение конфликта возникает при постоянном воздействии фрустрации на присущее биполярности противостояние. Соответственно этому всегда внутрипсихически продуцируется агрессия. Под влиянием этих условий «объект» для психотика представляет опасность из-за того, что является чуждым и враждебным (Ракамье). Объект «враждебен уже потому, что он существует: для психотика возникает опасность того, что этот объект всосет его и проглотит... Почему он (объект) столь ненавистен? Потому что он любим» (Recamier, S. 79).

Речь идет также о том, что агрессия состоит на службе у нарциссизма и отграничения от объекта. В связи с тем, что эти задачи и эта проблематика лежат в центре шизофренией динамики, само собой разумеется, что центральной становится и проблема возникновения агрессивного конфликта (пусть даже он носит вторичный характер).

• Аффективные психозы

До сих пор мы занимались только шизофренией. Это может быть связано как с популярностью этого заболевания у психиатров, так отчасти и с тем, что большинство психоаналитиков, когда речь идет о психозах, высказываются преимущественно о шизофрении. В главе, посвященной аффективным психозам, я приведу более основательные доказательства тому, почему я эти расстройства рассматриваю как психозы. Здесь мы кратко рассмотрим аффективные психозы (депрессивные и маниакально-депрессивные заболевания) в отношении спорного вопроса о применимости к ним модели конфликта.

Допустимо ли вообще говорить о психодинамике по отношению к таким заболеваниям, как маниакально-депрессивные, при которых столь очевидно значение наследственных, связанных с биологией факторов?

Хочу вспомнить, как я, будучи молодым врачом-ассистентом, последовал совету моего главного врача, который, не будучи психоаналитиком, с иронией относился к возможности применения психодинамики при аф-

фективных психозах и предложил мне провести несколько часов в одной комнате с маниакальным больным для утоления моей жажды понимания маниакально-депрессивных психозов.

К тому времени я уже начинал думать иначе, нежели главный врач. Повод для этого мне дал ухаживающий за больным сотрудник, который рассказал, что часто заставал маниакального пациента горько плачущим в туалетной комнате, где он прятался от посторонних глаз. Было ли это биологически обоснованной сменой настроения, или, быть может, мания выполняла только роль защиты от депрессии?

Очевидно, что такие биологические факторы, как гормональные нарушения, нарушения биоритма и другие, весьма вероятные в качестве этиологических при аффективных психозах, достоверны в качестве соответствующего фактора и при шизофрении. Кроме того, несмотря на то что психодинамическое понимание при этих психозах различно, важно то обстоятельство, что и при аффективных психозах психотерапевтическое сопровождение возможно.

Рассмотрим явные психотические эпизоды, диагностируемые как аффективные психозы, которые обращают на себя внимание тем, что, в отличие от шизофрении, при них не нарушены границы «я» и идентификация, нет спутанности и дезинтеграции, но имеют место следующие важные аспекты или свойства:

а) они связаны с утратой объекта и сопровождаются непереносимой душевной болью;

б) при них изменяется самооценка (в смысле полярных понятий «большой-маленький», «сильный-слабый», «хороший-плохой»);

в) для них характерно чувство вины во взаимосвязи с очень интенсивной агрессией, как следствие утраты объекта и (или) фрустрации, приводящей к самоунижению.

Депрессия в моем представлении (при определенных обстоятельствах, когда нет очевидных внешних причин) линиется регрессивной попыткой, при которой возникшее вследствие описанных выше трех обстоятельств внутри психическое напряжение уравновешивается и компенсируется при помощи защитных механизмов. Для того чтобы лучше понять заключенный в этом конфликт, будем вначале исходить из общего понятия «нормы».

Наше хорошее самочувствие и, в особенности, хорошее самочувствие ребенка обусловлено связью с достойным доверия и хорошо воспринимаемым «объектом», так же как и с получением от него нарциссической поддержки («подпитки»). Наша самооценка — то есть то, считаем ни мы себя хорошими, крепкими, большими или, наоборот, плохими, слабыми и маленькими, — обычно связана е нем, какими нас видят другие. В значительной степени это формирует самооценку маленького ребенка. Это переживается, по выражению Когута, как «блеск глаз восхищенной матери». Такая позитивная, сочувственная благосклонность очень ценна для ребенка и придает ему силу. При недостатке такой благосклонности или при негативно-критическом, сбивающем с толку окружении ребенок чувствует себя незащищенным, слабым, больным.

В случае негативного, лишенного соучастия общения с человеком, осуществляющим уход за ребенком, или чрезмерной привязанности к нему (при хорошей успеваемости, послушании, принятии родительского мировоззрения, усвоении родительских рекомендаций как «сверх-я») у ребенка, выбирающего свой жизненный путь, остаются две возможности: либо принять условия и требования родителей, идентифицировать себя с родительским «сверх-я» или, как минимум, согласиться с их требованиями и отношением к себе, либо отклонить эти условия и, спасая свою самостоятельность, решиться на непослушание и отказаться от позитивного подкрепления со стороны окружающих. Одновременно мобилизуются ранние, иногда называемые «примитивными» личностные формы самоутверждения (такой вид актуализации «большого я» в понимании Когута мы рассмотрим в IV главе этой книги).

В первом случае результатом является весьма лабильная самооценка, зависящая от успеха и внешнего объекта. Во втором случае результат — хорошая и даже повышенная самооценка. Однако за кажущимся благополучием в этом случае таится скрытая боль и страстное томление по утерянной любви, по безусловной, неисчерпаемой материнской любви, от которой этот ребенок вынужден был отказаться. Такая двойственная позиция, базирующаяся на отрицании и подавлении важнейших желаний, может легко привести к их разрушению и освободить место для депрессии.

При некомпенсированной утрате объекта и (или) недостаточности или отсутствии нарциссического подкрепления, а также под влиянием тяжелой нарциссической обиды возникает внутрипсихическая ситуация, которую мы должны рассматривать как конфликтную, потому что под ней скрывается экстремальная фрустрационная агрессия, направленная против объекта, в отношении которого имеется сильная зависимость и большое желание близости и благосклонности.

Возможны различные способы разрешения этих конфликтов. Одним из наиболее частых является депрессивный. Он заключается в подавлении фрустрационной агрессии и опережающем самообесценивании. Это относится преимущественно к классической меланхолии, депрессии с чувством вины. Такого рода депрессия приводит к облегчению душевной боли. В таких случаях психомоторная заторможенность, стремление к уединению несут защитную функцию («обезболивание апатией»).

Противоположностью депрессивного способа разрешения конфликта является маниакальная расторможенность, выплескивающееся через край «сверх-я», всеобщее отрицание пониженной самооценки и душевной боли.

Мы кратко описали острые, манифестные клинические картины. Характерны также препсихотические констелляции, которые представляют другой тип разрешения названных выше конфликтов.

Лица, которым свойственен первый — депрессивный — тип реагирования, относятся Телленбахом к «меланхолическому типу» и являются (при возникновении некоторых других условий) вероятными «кандидатами» на возникновение в будущем монополярных депрессий. Лица, которым уже с детства свойственен второй тип реагирования, описываются как гипоманиакальные личности. Для них вероятно возникновение в будущем маниакальных психозов. И, наконец, существует большое число лиц, у которых один тип реагирования сменяет другой и то, какой способ они выберут, является дилеммой. Это «кандидаты» на будущие маниакально-депрессивные заболевания.

Каждый проявленный психоз представляет либо акцентуацию характерной описанной динамики, либо ее обратную, противоположную картину. Такое противоположное разрешение одного и того же основного конфликта нелогично и неожиданно.

Если принятие родительского «сверх-я» невозможно из-за действия противоположных тенденций или усиления связанных с окружением защитных реакций, то развивается депрессивный бред. Страдающий им не только постоянно чувствует себя скверным грешником, но, отходя назад в своем чудовищном самоунижении и самонаказании, примиряется с «супер-я» и доходит до возрождения противоположных тенденций. При маниакальном разрешении конфликтов расторможенность и отрицание не только подавляют противостоящие внутрипсихические силы, но и при определенных обстоятельствах способствуют возникновению мегаломанического бреда. Обобщая динамику моделей конфликта при всех психозах, мы можем, наконец, сформулировать следующую гипотезу.

Возникающее «по необходимости» депрессивное или маниакальное псевдорешение не случайно: оно связано с ранним развитием, направлено на решение первого основного конфликта (задача дифференцирования «я» и

объекта), встречается в рамках дополнительных депрессивных или маниакальных регрессивных реакций и обусловлено первоначальным конфликтом дифференциации «я» и объекта. Результатом такого решения являются шизоаффективные психозы.

Единичная психотерапия при психотических состояниях

Прежде чем представить читателю наш терапевтический опыт, опирающийся на изложенные в предыдущей главе положения о психодинамике (и, отчасти, психогенезе) психозов и, в особенности, о значимости подробно описанной модели конфликта, еще раз упомянем другие, общераспространенные точки зрения. Кроме того, коротко обозначим, в каком направлении психодинамический процесс действует в рамках всех психотических расстройств.

Представим возникновение большинства психических расстройств следующим образом.

В начале процесса возникает растущее, непереносимое (или субъективно кажущееся непереносимым) психическое напряжение, которое представляет общую констелляцию чувств и аффектов (или «эмоциональных показателей») и находит свое выражение в чувстве вины, душевной боли, отчаянии, безнадежности, стыде и особенно страхе. Можно также сказать, что первично возникающее

внутрипсихическое напряжение сигнализирует о себе различными «эмоциональными индикаторами».

Описано, что в начале каждого процесса растущее и непереносимое внутрипсихическое напряжение является результатом либо внешней раздражающей нагрузки, либо, чаще, внутрипсихического конфликта, возникающего, в свою очередь, вследствие такой травматизации.

Нарастающее внутрипсихическое напряжение мобилизует различные защитные, оборонительные, компенсаторные механизмы, которые часто определяются как регрессия, поскольку почти всегда содержат в себе регрессивные компоненты. Здесь, возможно, будет уместно следующее короткое замечание.

Обоснованная критика Томэ и Кехеле в отношении непродуманного применения понятия регрессии вовсе не означает, что мы должны от этого понятия полностью отказаться. Неинтегрированная детская психическая организация вовсе не идентична дезинтеграции при психозе. И все же определенные аналогии кажутся мне вполне уместными для использования в модели регрессии.

Регрессивное движение на ранние ступени психической организации соответствует системно-теоретическим представлениям (например, Чомпи), в соответствии с которыми первоначально экстремальные и чрезмерные нагрузки на систему вызывают стремление к восстановлению равновесия. Специфическое психоаналитическое обозначение «регрессивный» является исключительно клиническим фактом и означает новое «состояние равновесия» со своими существенными признаками, характеристиками и проявлениями, свойственными онтогенетически ранним ступеням психической организации.

Такое регрессивное движение в опасных ситуациях является универсальным процессом как в сомато-биологических, так и в психических областях, просто при психозах оно заходит гораздо дальше, чем при неврозах, и останавливается на том уровне само- и объект-представления, которое характеризуется расплывчатостью, фрагментарностью и неполнотой.

Что в таком понимании регрессивного движения является защитным, оборонительным и компенсаторным потенциалом? Это вопрос чисто теоретический, на который нельзя ответить однозначно. Хотя движение вспять и обусловлено соответствующими значимыми средовыми факторами, оно реализуется через внутренние адаптивные механизмы. Мы лучше поймем этот процесс, если будем рассматривать регрессию в масштабах «я» (а не в традиционных масштабах влечения или инстинкта). «Я» в своем функционировании имеет много направлений, в том числе трудное движение «от себя», которое при непереносимой внутренней напряженности успешно выполняет функцию облегчения в течение многих лет жизни. «Выигрыш» здесь состоит в том, что внутренний конфликт таким образом как бы отменяется или упраздняется. В свою очередь, возникает существенный «проигрыш», состоящий в утрате контроля и способности управлять утраченными функциями и целыми областями (субъективной) жизни.

То же самое действительно и для неврозов на примере процесса вытеснения: «преимущество» этого защитного процесса состоит в уменьшении внутрипсихического напряжения. В то же время неизбежным «проигрышем» при этом процессе является то, что вытесненное не может больше находиться в распоряжении «я»; реалистическое разрешение этой задачи недостижимо. Качественный скачок от неврозов к психозам в таком регрессивном процессе состоит в том, что происходит не вытеснение, а отщепление, что существенно отличается. Зигмунд Фрейд в начальный период разработки своей психоаналитической теории проводил различие между «словом» и «предметом» и сделал очень остроумное (быть может, связанное с античными представлениями) и важное замечание: при неврозе, по Фрейду, происходит отрицание только словесных представлений, тогда как при психозе утрачивается представление о предмете. Объект больше не существует как психическая данность, он не представлен во внутри-

психическом пространстве как нечто отдельное. Речь идет об основном пункте эмоциональной непредставленности.

Это давно сформулированное Фрейдом различие дает нам понимание того, какие опустошительные последствия влечет за собой утрата понятия предметности. Так возникает способность к уменьшению психологической нагрузки через радикальный выход из общения, вызвавшего конфликт. Одновременно с этим возникает пустота, и, что еще хуже, представления, которые были связаны с желаниями, утрачивают эту связь и даже превращаются в свою противоположность, становятся самостоятельными, независимыми от контроля «я». Они больше не принадлежат «я», а расцениваются как враждебные, идущие извне. Они овладевают больным, повелевают, побуждают, наказывают («голоса», императивный автоматизм и т. д.). Этот способ облегчения внутрипсихического напряжения, кажущееся разрешение конфликта имеет не только недостатки. Я хочу еще раз напомнить о том, что такой способ укрепляет больного и придает ему силы. Он «освобождает» от господства «я», от соблюдения логических принципов решения задач с достижениями «вторичного мыслительного процесса» и заменяет его на «первичный мыслительный процесс», так как «вторичный мыслительный процесс» с его желаниями, представлениями и способом достижения компромисса становится невозможным.[1]

Нечто подобное происходит во сне. Биологическое состояние сна вызывает слабость «я», из которой вытекает невозможность воспринимать реальность и реагировать на нее, что сопровождается переживанием чувства освобождения. Страстные томления, глубинные желания часто нуждаются в освобождении от реальности; фантазии перешагивают через границы. «Я» и «сверх-я» в значительной степени отменяются, при этом возникают действительно оригинальные, спонтанные, не встречающиеся в реальной жизни констелляции.

В полном объеме это применимо для психозов. Кроме того, я полагаю, что у психотических больных их «сумасшествие» тесно переплетено с господством первичного мыслительного процесса, и бессвязные фантазии больных могут быть для них привлекательны лишь тем, что они служат столь ценимому освобождению.

Господство первичного мыслительного процесса не только дает освобождение — оно также порождает ужасный страх, связанный с утратой контроля. То, что в определенном масштабе дает свободу, оборачивается падением в ничем не контролируемый автоматизм, который, в конце концов, проявляется утратой свободы.

Описанная модель, к моему удовлетворению, применима для объяснения единичных симптомов психоза — от параноидных до кататонических.

Восстановление утраченной части «я» и мира (в виде объекта) больше известно нам под названием «продуктивной симптоматики», а не как реконструкция самости и способности к установлению связи с объектом. Адаптивная ценность такого (психотического) «решения» состоит не только в том, что это способ существования и жизни, но и в возможности исполнения желаний. Цель нашего лечения состоит в том, чтобы использовать эти действительно болезненные и невыгодные возможности.

• Терапевтические возможности

Интерес к психотерапевтическому лечению больных шизофренией и пациентов с другими психотическими расстройствами, а также обращение к такому лечению в те-

[1] Фрейд обосновал свои размышления относительно образования симптомов и свой анализ сновидений различием между первичным и вторичным мыслительным процессом, под которыми он подразумевал два различных типа психического функционирования. Первичный процесс не подчиняется никаким логическим законам и может быть уподоблен непрекращающемуся скольжению, тогда как вторичный процесс тесно связан с логикой и контролируем.

чение последних 50 лет были весьма неустойчивы. Периоды оптимизма, решительности и даже героических попыток со временем сменялись усталостью и пессимизмом из-за несостоявшихся, вопреки ожиданиям, положительных результатов.

Зигмунд Фрейд, как известно, в этой области проявлял сдержанность. И все же имеется ряд психоаналитиков второго и третьего поколения, которые с терапевтическим упорством занимаются лечением психотических пациентов в рамках различных концепций с применением широкого спектра психотерапевтических методик от простого психотерапевтического сопровождения до интенсивной истолковательной техники частотой до пяти сеансов в неделю. Прежде чем представить систематические предложения по применению терапевтической техники, хочу снова предложить читателю краткий исторический обзор.

Перед завершением описания динамической модели психотических состояний я напомню о соображениях Германа Ланга, внесенных им в 1981 г., и изложу свою позицию относительно применения собственного опыта психоаналитически ориентированного лечения психотических пациентов.

Какой способ терапии психотических пациентов допустим и возможен? Герман Ланг в своем труде (Lang, S. 705), среди прочего, отмечает, что Зигмунд Фрейд одновременно прав и не прав, формулируя эту проблему в известном тезисе: «Психотик не способен к переносу и потому недоступен для наших усилий и не поддается лечению» (Freud, 1917, S. 465). Сегодня мы очень хорошо знаем, что при шизофрении перенос существует, причем очень интенсивный. Связь с терапевтом и «перенос» возникают при лечении шизофрении всегда. Как же получается, спрашивает Герман Ланг, что психотики, несмотря на свою способность к переносу, в основной своей массе, в отличие от невротиков, недоступны для психоаналитической терапии? Генетически (это относится и к прошлому) перенос не находит у них резонанса. Для психотических больных является актуальным контекст настоящего без глубокой связи с контекстом первичной социализации. И это, несмотря на существование связи с контекстом настоящего, в значительной степени определяет жизнь психотических пациентов. В основе этого, по Лангу, лежит то, что у психотиков не существует вытеснения, а имеет место отщепление. Их травматизированная первичная констелляция не находит никакой словесно выраженной взаимосвязи с объектом, находится за его пределами и, можно сказать, не способна его достичь.

До сих пор мы с определенными ограничениями были более или менее согласны с объяснениями Ланга. Однако мы совершенно не согласны с его выводами относительно возможностей психоаналитически ориентированной терапии. Если я правильно понимаю, из его описаний следует, что возможности терапевта здесь ограничены и концентрируются, преимущественно, на такой работе с пациентом, которая при его согласии может помочь ему лучше преодолевать трудности, повторно возникающие в его жизни, но без всякой попытки раскрытия конфликта.

Такая единственно возможная терапия, которую предлагает также Вольфганг Лох, является, скорее, руководством по образу действий и вряд ли может называться психотерапией в истинном смысле этого слова, так как на самом деле сознательно отказывается от попыток изменения глубинной структуры.

Столь осторожная точка зрения характерна не только для Германа Ланга или Вольфганга Лоха, но и для многих других, если не для большинства аналитиков. Этому противоречит факт, основанный на большом психотерапевтическом опыте и свидетельствующий о том, что для психотика обстоятельства означают много больше, чем только руководящие указания. Как объяснить это противоречие?

Первая группа психиатров, которая, по крайней мере в прошлом, говорила о невозможности применения психотерапии при шизофрении, исходила из мнения, что отщепление необъяснимо и непреодолимо (и это, быть

может, правильно в отношении применения разработанной техники терапии неврозов, которая связана с переносом и контрпереносом, не воспринимающимися адекватно психотическими больными). Это в особенности невозможно из-за того, что часто бывает достаточным лишь упомянуть о чувствах и страхах, чтобы они возникли у больного здесь и сейчас. Такая реакция сама по себе свидетельствует о начале изменения и указывает терапевтический путь лечения психозов. Только выглядит все это совсем иначе, чем при лечении неврозов.

Теперь мы смотрим на это с большим оптимизмом и верим, что внутри терапевтического процесса можно добиться взаимопонимания в общении с пациентом и, мужественно обозначив проблему (назвав вещи своими именами), добиться того, чтобы ситуация на короткое время стала непереносимой — это вызывает изменение внутрипсихической структуры, дает возможность освобождения от привычных автоматических реакций или по крайней мере их ослабления и, в благоприятном случае, способствует приобретению нового опыта. Все это создает вероятные условия для возникновения разграниченного само- и объект-представления. При таком лечении речь идет не только о повторном переносе и установлении связи с прошлым, но и о новом переживании, при котором к аналитику не только относятся как к первичному объекту, но и отказываются от прежнего варианта защиты, приведшего к психотическому состоянию, и предпринимают попытку избрать альтернативный, зрелый и здоровый способ поведения и общения.

Вопрос о том, почему «обозначение» (проблемы) имеет такое терапевтическое воздействие, достаточно сложен. Вероятно, этот разговор-собеседование как нечто третье между пациентом и терапевтом как разъединяет, так и объединяет обоих, и такое взаимосвязанное действие является парадигмой удачного решения, удачного снятия основного конфликта, переживаемого больным (отграничение против связи, автономия против слияния).

Что я подразумеваю под возможностью альтернативной, зрелой попытки разрешения, показывает, например, то, как пациенты переносят страшный аффективный взрыв и противостояние без применения привычного психотического защитного механизма. Я могу привести пример, как пациент, который до того на слишком большую близость или, наоборот, слишком большое дистанцирование реагировал только грубыми прективными или интроективными психотическими механизмами, в настоящее время не использует их даже при соответствующих аффектах, сопровождающих переход через эти границы.

Речь идет о тяжелой психотической больной, которая на протяжении 10 лет очень хотела пройти процесс «очищения» с помощью терапевта, но ее удерживала возможность возникновения ненависти, создающей пропасть между ними; с другой стороны, она с удивлением воспринимала собственное расщепление и говорила об этом так: «Я ненавижу Вас и в то же время с удивлением замечаю, что в течение нескольких дней ожидаю момента, когда Вы с теплотой обратитесь ко мне и скажете мне что-нибудь». «Когда меня спрашивают, — продолжала пациентка, — почему я остаюсь здесь, где испытываю ненависть и страх, я знаю, что солнце навсегда оставило меня». К этому она добавила: «Поскольку теперь, очевидно, наступило время, когда Вы, наконец, также можете почувствовать и пережить ненависть, Вы должны, как мне кажется, спрятать солнце в погреб, чтобы защитить себя от разрушительной силы ненависти. Когда ненависть уменьшится, мне кажется, Вы освободите солнце из погреба и будете более тепло относиться ко мне».

Приведенное терапевтическое вмешательство является не чем иным, как кратким примером терапевтической техники, дающей возможность попытаться с помощью наглядной картины (соответствующей регрессивному уровню пациентки) обозначить существующий на данный момент функциональный уровень (солнце должно быть защищено), и это внушает оптимизм в плане подключе-

ния пациентки к реальности. Это напоминает о терапевтических рекомендациях Бенедетти, считающего психотерапевтические усилия позитивными даже при грубых психотических переживаниях и неправильном поведении пациентов и полагающего, что эти усилия способствуют познанию и обозначению позитивной симптоматики.

Пациент в данном случае переживает нечто новое, большую близость, но также и проходящее расставание, сильное симбиотическое притяжение, но также и требующую дистанцирования ненависть без обоснованного ужасного внутрипсихического напряжения и психотического способа его преодоления.

Это краткое описание было бы бессмысленным, если бы не служило важной предпосылкой для последующих существенных терапевтических взаимодействий. Согласно представлениям Эхтхайта, важнейшим компонентом в таких взаимодействиях является заключенная в них экзистенциальная встреча, пусть кратковременная и фрагментарная, во время которой пациент может решиться на доверительную межличностную взаимосвязь. Это не означает, что такая подлинная встреча дает право на пренебрежение всеми терапевтическими соображениями и стремлением к использованию терапевтической техники. Одна лишь «любовь» и попытка человеческого понимания вряд ли могут помочь психотическим пациентам, между прочим, еще и потому, что им свойственен порочный круг противоречивых чувств и автоматических реакций, которые делают невозможной экзистенциальную встречу или в каждом случае создают для нее помехи или разрушают ее. На этом основании мне кажется применимой модель психодинамики, заключающаяся в контрпереносе, при котором терапевт вызывает сложные констелляции чувств, понимание которых является неотъемлемым условием полезной психотерапевтической деятельности. По крайней мере, следует поддерживать условия для того, чтобы подкрепить и защитить такого рода встречи.

Краткое резюме

В соответствии с психодинамической моделью первичная готовность психотерапевта к позитивной и полезной встрече с пациентом предполагает естественные трудности, связанные с возникновением контрпереноса, который психотерапевт должен контролировать и даже использовать для улучшения отношений с пациентом. Такая встреча, требующая больших усилий (которая, как об этом уже говорилось, обновляет возможность пациента пойти на риск доверия), должна со всей решимостью поощряться.

Столь важная и, вместе с тем, ограниченная цель, разумеется, вытекает из практики. Однако в ней с самого начала заключена принципиальная трудность, и, собственно говоря, она применима лишь к небольшому числу пациентов. Адекватная терапия для этой группы пациентов применяется специально подготовленными психоаналитиками очень редко, лечение продолжается в течение длительного времени, сила, влекущая пациента к бегству в психоз, долго остается столь значительной, что преодоление реакций контрпереноса является для психотерапевта очень трудным делом. Практика, однако, показывает, что далеко не все пациенты должны подвергаться частому и интенсивному лечению (даже если мы считаем, что их состояние позволяет проводить такое лечение).

Мой терапевтический опыт, исходящий из соображений практики, говорит о том, что, по крайней мере, три типичных терапевтических приема применимы с точки зрения основной концепции психоаналитически ориентированной терапии. Эти приемы соответствуют как различным запросам пациентов, так и разнообразным терапевтическим целям. Прежде чем кратко описать эти приемы, я должен сказать о том, что я понимаю под непсихоаналитической психотерапией психозов.

• Три нерекомендуемых терапевтических метода

Вначале я хочу исключить из рекомендаций защитную, успокаивающую психотерапию старого типа, которая ставит своей целью рациональное утешение и успокоение пациента и апеллирует к его разуму и обычным чувствам. Такая психотерапия пытается убедить пациента в неправильности его бредовых идей. Психотерапия с преобладанием «логических» аргументов, убеждения и внушения носит в какой-то степени манипулятивный характер. Это не означает ничего иного, как то, что мы, например, одобряем или перенимаем бредовые идеи пациента либо прибегаем к непрямым и отнюдь не логическим аргументам. Я, однако, не считаю, что мы должны пренебрегать психотической продукцией пациента. Пациент ждет, что мы займемся его проблемами. При этом очень важно, чтобы мы подали ему сигнал о том, что находимся во взаимосвязи с его эмоциональными трудностями.

Такое рациональное утешение и успокоение пациента в качестве защитной терапии я не рекомендую не только психиатрам, настроенным антипсихоаналитически, но также и одобряющим психоанализ психиатрам и даже психоаналитикам. При этом я использую и поддерживаю аргументы, что такой метод отнюдь не ослабляет и не ограничивает защитные механизмы психотиков и не вызывает у них облегчения, а, напротив, может усилить их психотические расстройства.

Несмотря на содержащиеся в такого рода рекомендациях правильные аргументы, я пришел у убеждению, что эта терапевтическая практика слабо помогает пациентам, а во многих случаях может вызвать существенное усиление присущей им слабости «я». Так же, как несовершеннолетние дети, они не способны воспринимать разумные советы из-за «отсутствия разума». Кроме того, вследствие парадоксальности основной структуры психодинамики шизофреников, которые свое психотическое состояние расценивают как спасение, такие советы не могут быть реализованы. Представляется, что психотические пациенты жертвуют большой частью своего «я» для того, чтобы спасти оставшуюся, сокровенную его часть. Все наши усилия и рациональные доводы они воспринимают так, как одна из моих пациенток, которая заметила: «Вы действуете, как земельный агент, который хочет вернуть меня на землю. Но я предпочитаю оставаться там, где я есть».

Вторым отвергаемым мною методом психотерапии психозов является немодифицированная стандартная психоаналитическая техника. Мы часто вынуждены констатировать, что применение такого лечения, среди прочих обстоятельств, может вызвать декомпенсацию у пациентов без проявленных психотических расстройств. Последнее возникает редко, но, однако, нельзя отрицать следующих фактов:

— во-первых, присущее классическому психоанализу раскрытие вообще вредно для пациентов из-за пренебрежения существующими индивидуально-психологическими особенностями;

— во-вторых, этот метод предполагает значительную психическую зрелость и способность к истолкованию;

— в-третьих, пациенты часто не в состоянии перенести столь необходимое для психотерапевта раскрытие «здесь и сейчас», требующее высокого уровня эмпатии при его назывании и обозначении.

Третья психотерапевтическая техника, от которой я настоятельно рекомендую отказаться, это неограниченное удовлетворение инфантильных желаний пациентов и отказ от относительно устоявшихся и трезвых терапевтических методов, напоминающий стиль 50—60-х годов, требующий от психотерапевта безграничного «материнского отношения» (которое Сеарлес определяет как констелляцию симбиотического переноса, допускаемую лишь при ее соответствующей переработке психотерапевтом). Неоспоримым фактом является то, что психотические пациенты по сравнению с психоневрологическими имеют на-

много больше конкретных «задержек», или удерживаемых расстройств (связанных с перенесенными эмоциональными состояниями — Winnicott, 1965), которые необходимо сдерживать.[1]

• Три приемлемых терапевтических приема

Первый прием (прием А) состоит в том, чтобы раз в двечетыре недели в течение 20—30 минут говорить с пациентом, с которым в течение многих лет до этого беседовали очень редко и непродолжительно. Содержание этих бесед достаточно ограниченно. Пациент во время собеседования чаще всего рассказывает о своем самочувствии и состоянии здоровья. Терапевтическое вмешательство лучше воспринимается при задавании вопросов информационного характера или, в крайнем случае, при ясном и четком объяснении сложившегося в отделении распорядка. Ни в коем случае в центре происходящего не должен стоять аспект взаимосвязи между психотерапевтом и пациентом. При этом чаще всего возникает позитивно окрашенный, слега идеализированный перенос. Очень возможна однократная, свободная от страха идентификация пациента с психотерапевтом, его уверенность и надежда и, с другой стороны, много других, примитивных, невысказанных и непреходящих констелляций, связанных с переносом и собственным опытом, которые имеют важное терапевтическое значение (кстати, и здесь имеет значение приобретение опыта постоянства объекта: пациент должен убедиться, что терапевт всегда появляется вновь, с учетом того, что в период между сеансами психотерапевтического контакта в фантазии пациента возникают мысли о том, что он надоел, что его оставили, что, быть может, психотерапевт погиб и т. д.). Поэтому кратковременная, доставляющая удовольствие и длящаяся в течение года экзистенциальная встреча с установлением ее подлинности и истинности имеет фундаментальное значение.

Этот образ действий внешне мало отличается от амбулаторного обслуживания психотических пациентов практикующими психиатрами. Однако такой прием содержит важные и существенные компоненты. Теоретическая концепция психотерапевтического лечения оказывает существенное влияние на подробности и содержание таких встреч и собеседований. Знание важности этих кратких собеседований дает возможность, к примеру, избавить пациента от возникновения чувства вины по отношению у психотерапевту, так как он рассматривает их просто как «встречи». Психотерапевт в связи с этим не пытается предлагать пациенту изменение медикаментозных назначений и давать другие лечебные рекомендации. Это имеет значение и ценность в аспекте установления и удержания возникшей связи при условии осознания и сохранения этих указанных выше компонентов.

Второй психотерапевтический прием (тип В) длится от трех до четырех лет при еженедельных психотерапевтических занятиях. По сравнению с типом А эти занятия проводятся чаще и длительнее, что приводит к возникновению сильного (и амбивалентного) переноса. Такой перенос в крайних случаях приводит к возникновению сопротивления, что требует соответствующего объяснения. Основной центр тяжести при данном психотерапевтическом приеме по большей части связан с актуальными проблемами и конфликтами и требует понимания сложившегося психосоциального окружения и соответствующего

[1] Бион описывает нормальную готовность матери проецировать свое отношение к грудному ребенку как ее способность к «удерживанию» («container»). Я использую этот термин в более широком смысле: психотерапевт должен быть готов воспринять обширный, часто неупорядоченный и запутанный материал, который ему предоставляет пациент во время сеанса, и, восприняв, сохранить его. Я опираюсь на свой собственный опыт, в соответствии с которым пациенты в этом очень нуждаются, и вполне это допускаю.

адекватного повторения приема, так как в противном случае такое сопротивление может привести к кризису и даже психотической декомпенсации. Однако, не затрагивая прямым путем психотическое ядро, непрямым образом проводится лечение, которое может привести к возникновению основательной связи между пациентом и психотерапевтом, в рамках которой неизбежно проведение относительно интенсивной терапии.

При третьем психотерапевтическом приеме (тип С) проводится интенсивное лечение два-три раза в неделю, длящееся более года. Само собой разумеется, что возникающая уже при применении приемов А и В взаимосвязь в этом случае более интенсивна и выражена. Одновременно с этим резко возрастает потенциал и масштаб так называемого психотического переноса, которым, с одной стороны, ни в коем случае не следует пренебрегать, игнорировать или считать его безвредным, а с другой стороны, напротив, не следует ставить его в центре наших психотерапевтических усилий. Психотерапевт в данном случае никоим образом не должен быть удовлетворен тем, что быстрое развитие психотической связи и особенно различные формы проективной идентификации носят непрямой характер и что одновременно с этим уже в первом и в следующих сеансах возникает и становится постоянным соучастие и понимание по отношению к психотерапевту. Он должен пытаться прямо и активно обозначить для пациента «здесь и сейчас» и тем самым по возможности с позиций возникшего взаимодействия снять эмоциональное замешательство пациента.

В этой связи я вспоминаю одну гебефреническую пациентку, которая систематически стремилась избежать даже кратковременных контактов со мной, прячась за длинными волосами, которые закрывали ее лицо и мешали ей со мной говорить. После того как она стала часто высказывать необоснованные опасения в отношении моего здоровья (со мной могло что-то случиться, я выгляжу бледным, тяжелобольным и т.д.), я набрался мужества однажды сказать: «Я думаю, что Вы уклоняетесь от систематических кратковременных контактов со мной из-за страха, что произойдет нечто ужасное, если контакт установится, — например, я заболею или даже умру, потому что Вы можете меня уничтожить». Вследствие такого вмешательства в дальнейшем наступило значительное улучшение общения при кратковременном контакте с больной. Стало ясным, что пациентка испытывает сильное чувство вины и рассматривает себя как преступницу из-за того, что иногда испытывала по отношению ко мне ненависть.

В этой связи поговорим вновь об экстремально противоречивом состоянии пациента. Коротко повторим соответствующую психодинамическую гипотезу: в своем раннем развитии шизофреники вследствие неизвестных биологических и частично известных психосоциальных условий терпят неудачу при разрешении и преодолении биполярных тенденций, связанных с субъективными и объективными связями. Они, как говорится, останавливаются на этом пункте, в результате чего разделение между субъектом и объектом, а также исчерпывающее разрешение конфликтов между этими двумя тенденциями становятся невыполнимыми. Отчаянные попытки сделать невозможное возможным, сохраняя дистанцию по отношению к объекту и одновременно ища контакта с ним, отражаются в очевидной противоречивости повседневного спонтанного поведения даже независимо от развития специфических психотических симптомов.

Примером тому служит состояние пациентки, кратко описанное в главе II этой книги, когда она во время острого психотического эпизода лечилась в закрытом отделении и во время посещения схватила меня за руку и принудила присесть на край ее постели. Ее взгляд говорил о симпатии и готовности вступить в контакт со мной. Но в тот момент, когда я на пару сантиметров приблизился к ней, она внезапно стала агрессивной и тотчас плюнула мне в лицо.

Я должен сделать некоторое отступление. Пациентка затем ухватилась за мою руку и не отпускала ее, пока я

оставался сидеть на краю ее постели. Этим поведением она, по всей вероятности, показывала, как узка должна быть зона, на которой я должен оставаться, не приближаясь и не отдаляясь от нее, чтобы было возможным переносимое для нее взаимодействие между нами.

Такое внезапное изменение поведения при шизофрении — далеко не редкое явление. В данном случае, разумеется, очень тяжело и проблематично пытаться определить и обозначить стоящие за таким поведением противоречивые чувства пациентки. У других пациенток, с которыми я имел длительный контакт и по отношению к которым проявлял терпение и выдержку, вербальное вмешательство становилось понятным. Я хочу показать это на примере другой пациентки.[1]

Десять лет пациентка страдала тяжелыми, следующими друг за другом шизофреническими приступами (шубами) с параноидной и галлюцинаторной симптоматикой. Она часто в течение многих недель и даже месяцев лечилась в стационаре и постоянно принимала психофармакологические препараты. Таким было состояние, при котором мы начали психотерапевтическое лечение. После множества кризов, преходящих улучшений и новых кризов наступило состояние (длящееся около трех лет) очевидного улучшения. Больная обходится приемом небольшого количества медикаментов и кажется выздоровевшей. Однако в действительности она страдает, и, как она считает, так сильно, как никогда не страдала ранее. Соответственно, она расценивает свое состояние как тягостное, угнетенное и трагичное (потому что много лет ее жизни потеряны зря) и просит вернуть ей вновь состояние внутренней самоуспокоенности. «Вы украли у меня психоз», — упрекала она меня полушутливо. Раньше во время состояний внутреннего напряжения, беспокойства и угнетенности у нее очень быстро развивались бредовые идеи. Она, например, была уверена, что о ней говорят по радио и что множество иностранцев — итальянцев, немцев или англичан — наблюдают за ней или преследуют ее. С помощью такой экстериоризации она обретала относительное спокойствие, несмотря на то что во всем должна была проявлять «осторожность и внимательность». Именно этот психотический способ переработки внутрипсихического конфликта я, по ее словам, «украл».

Однажды во время длительного повторного сеанса психотерапии она сообщила мне, что чувствует себя маленькой и слабой, тогда как меня воспринимает большим, сильным, гигантским. Она предоставлена в мое полное распоряжение. Я должен испытывать к ней сострадание и жалость. Только в сновидении, которое возникало у нее в последние дни, появлялись противоположные констелляции: во сне она чувствовала себя большой и сильной, тогда как психотерапевт казался ей карликом. К сожалению, такое представлялось ей только во сне.

В данном случае адекватное терапевтическое вмешательство не поддается классической интерпретации и раскрытию всех взаимосвязей. Поддающиеся вначале удовлетворительному объяснению четко выраженные желания и опасения встречаются с противостоящими им чувствами.

[1] Читатель, наверное, обратил внимание на то, что большинство примеров, относящихся к дискуссиям о шизофренических психозах, касается пациентов-женщин, тогда как при обсуждении проблем депрессивных пациентов в следующей главе речь идет исключительно о больных мужчинах. Это имеет чисто внешнее практическое обоснование: в течение длительного времени моя психиатрическая практика сосредоточивалась только в женском отделении, которым я руководил. С другой стороны, я должен учитывать и половой аспект процесса переноса, который при шизофрении отличается поиском мер для защиты от «слияния», тогда как при депрессии нет угрозы близости, так как имеется стремление к «поглощению» (интериоризации) объекта. Вначале это была ненадежная и неопределенная гипотеза, которая в последующем была подтверждена соответствующими статистическими исследованиями (такое половое различие подтверждено также и другими психотерапевтами). Не является исключением и тот факт, что соответствующий страх контрпереноса и предпочтительность роли имеет большое значение при выборе пациентом психотерапевта.

Мы уже кратко обсуждали такое терапевтическое вмешательство, которое ограничивается называнием и обозначением «здесь и сейчас». Элементы «правильного» значения удерживаются пациенткой в той мере, в какой она, по крайней мере непрямым образом, частично осознает конфликт, а также в зависимости от того, в какой степени в таком осознании участвуют функции защитных механизмов. Выключение или ограничение пациенткой защитной функции ни в коем случае не должно восприниматься как проявление «критики», но должно расцениваться как следствие происходящей под влиянием психотерапии работы «я».

Количественное преобладание терапевтического вмешательства в форме обозначения, определения и называния не исключает иногда и «генетического» («причинного») истолкования, ранее претендовавшего на всеобщность.

Несомненно, важным моментом психотерапии — и это возможно при психозах — является то, что пациент на более продвинутых стадиях лечения проявляет интерес к восприятию своей жизни не как фрагментарных и бессвязных событий, а как чего-то целостного, реконструирует и придает ей смысл. Это, разумеется, возможно лишь в случаях успешного лечения и проявляется на поздних стадиях психотерапии. В промежуточном периоде на протяжении длительного времени мы должны отказываться от такого реконструирования и генетического истолкования и отдавать предпочтение обозначению (называнию) «здесь и сейчас» или даже ограничиваться пассивным (но заинтересованным!) признанием и констатацией происходящего (сохраняя и удерживая в памяти все, о чем говорилось во время сеансов терапии).

То, что на относительно ранних фазах лечения все же возможно генетическое истолкование, показывает лечение упомянутой выше пациентки. Прошло 1,5 года психотерапии, когда однажды она через пять минут после начала сеанса встала со стула, подошла к окну кабинета и убедилась в том, что все хорошо закрыто и заперто. То же самое она сделала с дверью. Затем она обернулась ко мне и сказала: «Сегодня Вы не должны больше открывать дверь, и мы, вероятно, останемся в комнате надолго; если мы отворим дверь или окно, нашей жизни будет угрожать серьезная опасность».

Вначале я не понял, что имела в виду пациентка; она не сразу переключилась на другую тему беседы, связанную с психотерапевтическим лечением и не имеющую отношения к ее первоначальным высказываниям. К концу сеанса она, однако, возвратилась к этой теме и со страхом повторила, что ей будет угрожать большая опасность, если дверь откроется. Из дальнейших намеков пациентки я, наконец, понял, что она охвачена бредовыми переживаниями, согласно которым моя комната является маткой беременной женщины и заполнена околоплодной жидкостью, находящейся под давлением. Как только дверь откроется, околоплодная жидкость выльется и женщина умрет.

Только теперь я из анамнеза пациентки узнал, что ее мать, будучи беременной ею, имела много трудностей, связанных с миомой матки. В связи с тем, что опасность преждевременных родов была велика, она согласилась с рекомендацией опытного гинеколога, настаивавшего на проведении операции. Он исходил из того, что опасность преждевременных родов во время операции невелика по сравнению с выжидательной позицией. Оперативное вмешательство было успешным, беременность была сохранена, мать пациентки была выписана из больницы живой и здоровой. Эта драматическая история, которую пациентка часто слышала от своей матери, явилась точкой кристаллизации многих фантазий пациентки, а также ее противоречивых чувств по отношению к матери. Ей не было ясно, хотела ли ее мать, решившись на операцию, убить ребенка или спасти его. Однако образ хирурга как человека с ножом в руках, имеющего возможность прямо или косвенно спасти или убить, со всей очевидностью, приобрел

для нее большое символическое значение. Все это в рамках интенсивного процесса переноса было пережито пациенткой вновь и воплотилось в психотической реальности. Я мог оценить ее состояние, только придав терапевтическому действию этого материала генетическое, причинное истолкование. После этого с каждым новым сеансом психотерапии наше взаимопонимание и согласие усиливались.

Воздерживаясь от оценки терапевтической ценности такого рода истолкований, я опираюсь на различные наблюдения, позволяющие оценить, могут или не могут такие интерпретации и толкования иметь положительное значение в системе взаимосвязи (в отношениях между психотерапевтом и пациентом), и лишь утвердительный ответ перевешивает чашу весов.

Существенным является то, что большинство пациенток на продвинутых стадиях лечения испытывают большую потребность в воссоздании своего жизненного пути, детализации фаз своего заболевания и терапии и на основе соответствующих истолкований психотерапевта и своих собственных усилий ищут новые пути понимания и осмысливания своей жизни.

• Симптом как форма компромисса или замена удовлетворения

Здесь я хочу коротко упомянуть о своем, относительно новом, понимании психотической симптоматики. Оно заключается в том, что такая симптоматика не является лишь результатом действия защитных механизмов, но может быть расценена также как компромисс или замена исполнения желаний. В соответствии с этим положением, симптомы являются не только составной частью регрессивного способа защиты, но одновременно и регрессивным способом удовлетворения. Психотические симптомы, точно так же, как и симптомы невротические, являются результатом формирования компромисса, но только на значительно более низком уровне. Его можно описать следующим образом: взамен утраченной, прекратившей свое существование или отданной в жертву части субъективного и объективного мира симптомы создают новый мир, вследствие чего уменьшившееся и искалеченное «я» приобретает некоторое влияние и значение.

Это предположение подкреплено разнообразным терапевтическим опытом, когда пациенты говорят о своей зависимости от собственной симптоматики или даже о влечении к ней. У таких пациентов каждая фрустрация и особенно чувство одиночества и пустоты по мере их усиления как бы замещаются соответствующими симптомами, например «голосами» или идеями отношения. Это предположение в дальнейшем было подтверждено уже упомянутой выше работой Лемпы, который психотические симптомы, как и невротические, рассматривал как компромиссное решение.

Ущерб от подобного психотического «разрешения» не нуждается в более подробном объяснении. Какие трагические формы может принять такой ущерб, показывает следующий пример.

> Одна старая парафренная пациентка каждую ночь на протяжении 20 лет переживала кошмар: неизвестный ей, но всегда один и тот же мужчина приходил к ней и пытал ее. Он рылся в ее внутренностях, выносил на газон ее сердце и разрывал низ ее живота. Пациентка в течение первых двух десятилетий своей жизни подвергалась пыткам со стороны матери, явно грубо патологической. Затем в течение 15 лет ее грубо использовал и истязал муж-алкоголик. Вскоре после развода с ним у этой женщины развился психоз, длящийся на протяжении 20 лет и проявляющийся психотическими фантазиями о том, что ее истязает приходящий ночью мужчина. Совершенно очевидно, что преследования и мучения являются для нее единственным путем установления контакта.

Разумеется, этот случай экстремальный. Однако и здесь остается неизменным принцип, лежащий в основе бреда

преследования. Он заключается не только в проецировании собственной агрессии на преследователя, как это понимается в классическом психоанализе. Он не является только защитной функцией, которая проявляется в симптомах установления связи в форме контакта с преследователем. Этот контакт и эта связь при данных условиях являются единственно возможными (на данный отрезок времени). Способ связи дает основание для сопоставления с садо-мазохистскими невротическими констелляциями. Подобно им, он приносит пациенту поддержку, защиту и удовлетворение, но на психотическом уровне.

Идея подобного понимания бреда преследования, в общем-то, не нова. Зигмунд Фрейд пытался на примере Шребера представить бредовые идеи как попытку реконструирования связи с объектом. Мы, однако, не должны следовать за Фрейдом в том, что касается гомосексуальных тенденций, которым он придавал большое и специфическое значение в психодинамике бреда, ибо привлекательность не только гомосексуальных, но и вообще любых объектов представляет в этих случаях угрозу самости и может мобилизовать психотические механизмы. Фрейд все же ясно понимал, что центральной проблемой психозов является не агрессия, а сильная привлекательность объектов, несущая опасность существованию «я». Связь с преследователем означает, что преследование обеспечивает не только интенсивную связь, но и необходимую дистанцию.

При таких особенностях клинической картины мы должны были решиться на использование психотерапевтического приема С.

Я хочу напомнить, что некоторые психотерапевты, например Сеарлес, основой успеха терапии считают установление симбиотической связи, которую они используют на протяжении длительного времени. Другие, например Розенфельд, концентрируются на систематическом истолковании «здесь и сейчас», или, вернее, на процессе переноса. Я и мои сотрудники в своем образе действий остановились на среднем между этими крайностями типе психотерапевтического поведения и техники.

И еще раз вкратце о практических вопросах, с которыми встречаются практикующие психотерапевты.

Каких-либо проверенных временем эмпирико-научных показаний для выбора того или иного психотерапевтического приема сегодня, по существу, еще нет. Поэтому выбор приема является чисто практическим вопросом. При относительно легких психозах с редкими психотическими эпизодами не стоит идти на риск частого и интенсивного психотерапевтического лечения, и мы используем краткие и редкие сеансы терапии (тип А), за исключением тех случаев, когда интенсивное разъяснение возникших проблем соответствует желанию пациентов.

В тяжелых случаях с большим числом психотических эпизодов или стойкой продуктивной психотической симптоматикой решающими для выбора психотерапевтического приема являются чисто практические факторы (место для проведения терапии, мотивация пациента, наличие постоянного времени для проведения терапии, социо-экономические условия и т.д.). Мы надеемся, что наш постоянно расширяющийся опыт даст нам возможность установить глубинные позитивные показания для применения того или иного приема. Уже сейчас мы с удивлением констатируем, что некоторые пациенты получают пользу от простого и непритязательного приема А, тогда как для приема С они не обладают достаточной мотивацией и он им не подходит.

В отношении лечения психофармакологическими препаратами мы придерживаемся следующих установок: одновременное сочетание психотерапии с медикаментозным лечением необходимо в большинстве (но не во всех!) случаев. Часто, однако, дозы медикаментов становятся незначительными настолько, что лишь «регулируют соматическое состояние» пациентов. Психофармакологически ориентированные психиатры рассматривают такие дозы как нерелевантные, придавая им значение эффекта плацебо,

который необходимо при данных обстоятельствах использовать. Это, конечно, не относится к моей компетенции. Многие пациенты получают пользу от приема малых доз психофармакологических препаратов (мы не можем легко отказаться от символической функции медикаментов). С другой стороны, используются лишь легкие медикаменты, так как эффективность, внутрипсихическая напряженность и особенно страх, которые вызываются психотическими механизмами, снимаются психотерапией.

Психодинамика аффективных психозов

Литература по психодинамике аффективных психозов[1] по объему значительно меньше, чем соответствующая литература о шизофренических психозах. Тому есть различные причины, к которым, в частности, относятся: кажущаяся неэффективность психотерапии меланхолии и, тем более, мании; тот существенный факт, что маниакально-депрессивные психотические эпизоды сами по себе достаточно быстро проходят; то обстоятельство, что биологические факторы, запускающие механизм таких психозов, проявляются достаточно отчетливо. К этому добавляют также «застывание» депрессивной опустошенности, а также общее легкомыслие и стремление к перемене мест, охватывающее маниакальных пациентов, что, вероятно, уменьшает мотивы для деятельности психоаналитически ориентированных терапевтов. Существенной причиной недо-

[1] Это понятие объединяет депрессивные и маниакально-депрессивные заболевания.

статка литературы в этой области является, наконец, то, что содержательных неоспоримых фактов, которые объединяли бы клинику с теорией по этиологии, динамике и терапии аффективных психозов, в действительности не существует. К тому же не следует забывать, что психоанализ достаточно давно занимался этой тематикой — примерно с 1910 г. (Абрахам, Фрейд, Радо, Ариети, Мелани Клейн, Гунтрии, Якобсон, Малер, Розенфельд, Бибринг, Баулби, Видлохер и др.). Все же представления относительно психодинамики аффективных психозов очень различны, и многие важные вопросы остаются открытыми. Коротко сформулирую некоторые из этих вопросов.

а) Почему даже в психоаналитически ориентированной литературе маниакально-депрессивные заболевания, так же как и шизофрения, называются психозами? Ведь, по существу, шизофрения характеризуется тяжелыми расстройствами самости (дезинтеграция, фрагментарность и т. д.), тогда как при маниакально-депрессивных заболеваниях существуют только эмоциональные расстройства (при относительно хорошо сохраняющейся целостности). Почему, определяя психозы как расстройства, при которых мобилизуются примитивные, очень регрессивные формы защиты с утратой границ само- и объект-представления и массивное отщепление и экстериоризация приводят к грубому искажению реальности, мы при этом находим что-то общее между шизофренными и маниакально-депрессивными заболеваниями, хотя при последних подобные изменения не определяются?

Правда, депрессивный бред греховности и мегаломанические маниакальные бредовые идеи можно расценивать как такие «психотические предпосылки». Однако большинство аффективных психозов обходится без таких массивных симптомов.

б) Что, собственно, представляют собой шизоаффективные психозы? Являются ли они смесью шизофренических и аффективных психозов? Являются ли они промежуточной стадией между параноидом и депрессией? Быть может, наши исследования должны заключаться, прежде всего, в лучшем разграничении, а также в установлении определенной общности между этими большими группами заболеваний?

в) Остается ли в силе психодинамическое представление, согласно которому различие между шизофренией и депрессией определяется, прежде всего, характером основного конфликта (точнее говоря, неразрешимостью этого конфликта), или это различие лучше определять как отличающиеся друг от друга способы защиты?

г) Имеется ли психодинамическое различие между невротической и психотической депрессией?

д) Как сформулировать различие между шизофренией и аффективными психозами с точки зрения теории связи с объектом? Какие способы связи, искажения связи (или полное ее отсутствие) имеются при каждом из этих заболеваний?

е) Относительно значения биологического фактора при маниакально-депрессивном психозе (в существовании которого мы не сомневаемся) возникают следующие вопросы:

— Действует ли этот фактор непосредственно, например, путем активации определенных нейрональных связей, что заключается в выборе содержания представлений и определенного психического содержания, или этот фактор лишь «способствует» возникновению этого состояния?

— Быть может, наоборот, этот фактор возникает «чисто психологически», вследствие преобладания депрессивного или маниакального настроения?

Традиционная психиатрия склоняется к первому мнению, психодинамические же представления сочетаются, скорее, со вторым. Но даже в последнем случае может развиться представление о том, как следует понимать действие биологических факторов. Так, например, возникает рабочая гипотеза, что биологический фактор (в частности, при шизофрении) возникает в ранний период, то есть в раннем детстве. Он принимает участие в формиро-

вании внутрипсихической структуры и как предрасположенность проявляется при депрессивно-маниакальных реакциях.

На этом я завершу изложение вопросов и предположений, хотя мог бы продолжить их. Мне кажется это нецелесообразным, так как ответы на вопросы неконтролируемы и порождают новые вопросы. Вместо этого я хочу представить психодинамическую модель, которая использует упорядоченный и интегрированный опыт моих наблюдений и моей работы с психотическими депрессивными и маниакальными пациентами.

В следующей главе к своему изложению я присоединю сравнение между шизофренией и невротической депрессией — благодаря этому преимущества представляемой модели станут более ясными.

Данная модель объясняет психодинамику депрессий и, в особенности, динамику восстановления функции самооценки в нормальных и патологических условиях.

• Психодинамика депрессии

В своем проницательном сравнении печали и меланхолии (1917 г.) Фрейд вначале обратил внимание на значительное сходство печали и депрессии (болезненное расстройство настроения, снижение интереса к внешнему миру, утрата способности к эмоциональным контактам, торможение деятельности), подчеркнув при этом и существенное различие между печалью и меланхолией: при печали отсутствует расстройство самооценки. При печали самооценка не снижается; в отличие от меланхолии, здесь нет самообвинения и самоуничижения, нет бредового ожидания наказания. Эти замечания Фрейда предвосхитили значительную часть возникших позднее дискуссий о психодинамике депрессий. Все эти дискуссии, сколь бы ни отличались друг от друга высказываемые мнения, сходятся в одном: главным компонентом динамики депрессии с ее психомоторным торможением, апатией, агрессией, чувством вины, самоуничижением и самообвинением является стоящая на первом плане утрата объекта. Фрейд в своих размышлениях также приходил к этой точке зрения.

В этой связи главным является следующее соображение. Утрата объекта всегда влечет за собой неблагоприятные для пациента последствия (независимо от того, является ли эта утрата материальной или идеальной, касается ли она конкретного лица или идеи, какой-либо организации и т. п.), что означает, что существовавшая связь с объектом была нарциссической. Можно сказать, что «объект существует для меня», на первом месте стоит не сам по себе объект, а его значение для поддержки нарциссического веса, чувства собственного достоинства и самооценки. Соответственно, в случае нормальной реакции печали утрата объекта означает «просто утрату» (части) мира. А в контексте «объекта для себя» в случае депрессии утрата объекта означает «утрату „я"» (или значительное уменьшение собственной ценности).

Такая слегка подчеркнутая и заостренная концепция Фрейда принимается мной с уважением и является ядром депрессивной психодинамики. Спорной может быть всеобщность действия второго основного положения Фрейда — что вследствие утраты объекта при депрессии закономерно возникает регрессия и поиск замены объекта, называемый идентификацией с объектом. Субъект интроецирует объект. Фрейд считает, что такая интроекция приносит амбивалентное чувство вины и ненависти и является осложняющим фактором для существования «я».

Возникшая амбивалентность удерживает ненависть в форме фрустрации, обусловленной утратой, усиливает ее и направляет не вовне, а внутрь, на себя самого. Из этого Фрейд делает вывод, что для меланхолии типичны симптомы самоуничижения, самоунижения, самообвинения и самонаказания.

Ниже мы обсудим вопрос, ко всем ли депрессиям относится интроекция со склонностью к агрессии, направ-

ленной вовнутрь, и попытаемся дифференцировать гипотезу Фрейда, рассматривая некоторые наблюдавшиеся нами феномены.

В предлагаемой модели депрессии, ориентированной на кратко изложенные положения Фрейда, мы попытаемся наметить пути для коррекции и преодоления упомянутых ущерба, дефекта и недостаточности. Эта модель, я надеюсь, поможет отграничить нормальную реакцию печали от депрессивной реакции и от невротической депрессии. Для этого необходим более обстоятельный экскурс в психологию развития и специальную тематику возникновения и регулирования самооценки.

• Возникновение и регулирование самооценки

Третьей большой задачей развития человека — после элементарного конституирования «я» (самости) и его отграничения от объекта и вторичной интеграции «хорошего» и «плохого» в отношении части себя и объекта — является формирование самооценки, то есть установление субъективного убеждения о «хорошем», «большом», «сильном» в отношении самого себя. Речь идет о структуральной устойчивости и сознательном оформлении самости с такими качествами, как способность вызывать любовь, восхищение, обращать на себя внимание. Этот процесс приводит к стабилизации, а также является основой самооценки и характеризуется переходом от элементарных, конкретно-примитивных образований к стабильной дифференцированной внутрипсихической структуре. На относительно ранней стадии, как это следует из систематизированных описаний Когута, развивается «большое я» (или «большая самость»), для которого характерна переоценка «активности „я"» и «качества „я"» (по Малеру, это субфаза образования навыков, начинающаяся на втором году жизни). Остатки или следы этой фазы проявляются и значительно позже и, быть может, остаются на протяжении всей жизни в форме частично осознанных «больших фантазий», играющих для всех нас определенную роль.

В противоположность Когуту, Кернберг рассматривает «большое я» («большую самость») не только как обязательную стадию развития, но и как защитное образование, которое (как это определено Когутом) становится значимым лишь в патологических случаях нарциссических расстройств. Независимо от этого, мне кажется несомненным, что, по крайней мере, определенные фантазии играют роль в нормальном развитии. С другой стороны, мне представляется верным то, что Кернберг критикует универсальность «большого я» («большой самости») по Когуту по следующим причинам. Ребенок с достаточной нарциссической подпиткой (любящими и восхищающимися им родителями), по всей вероятности, меньше нуждается в выраженном «большом я» для достижения развития «я» в форме относительно реалистичного «идеала я» («идеала самости»): «Даже если я иногда испражняюсь не там, где надо, я все равно (по своей сути) хороший».

Истинным эмпирическим подтверждением такой концепции «большой самости» или, по крайней мере, «большой фантазии» служит, возможно, наблюдение за 15—18-месячным ребенком, который охотно и с радостью демонстрирует свои быстро растущие моторные способности, требуя восторга, когда он марширует, как маленький Наполеон. Однако в период фазы повторного сближения быстро приходит отрезвление. Несмотря на неизбежные неудачи и необходимость нового приспособления к реальности часть этого «большого я» удерживается в форме возникающих порой «больших фантазий». При определенных патогенных условиях, как мы это увидим позже, эти фантазии вспыхивают в острой маниакальной фазе.

Все мои предшествующие объяснения могли привести к недоразумению, что психическое развитие носит чисто индивидуальный характер и совершенно независимо от

связи с объектом. В действительности же дело обстоит так, что кажущаяся нарциссической внутрипсихическая структура в значительной степени определяется связью с первичным объектом. «Блеск в глазах матери» (Когут) имеет существенное значение для развития «идеала я» («идеала самости»). Параллельно и дополнительно с функцией «большого я» развивается идеализация образа родителей, играющая, разумеется, временную, но важную роль в нарциссической стабилизации. Когда этот межличностный опыт, наконец (через процесс интериоризации), посредством воздействия внешних факторов и близких людей приводит к возникновению независимой психической структуры, воодушевление, похвала, восхищение важного для личности человека остается жизненно важным для поддержания самооценки (нарциссическая подпитка, или «субъективно-объективная» функция объекта, по Когуту). Ту же самую функцию выполняет тенденция к идеализации, исходящая если не от родителей, то от другого человека, служащего образцом.

С учетом аспекта связи в развитии нарциссического «большого я» («большой самости») мы имеем возможность определить вторую важную основу для регулирования самооценки — «сверх-я».

• «Сверх-я» и «идеал я» («идеал самости»)

Несколько утрированно и с юмором я говорю своим студентам: «сверх-я» — это фантастическое и одновременно «техническое» восприятие и работа маленького ребенка, с помощью которых его «мозговой компьютер» очень мягко устанавливает программу, дающую ему возможность с удивительной скоростью и ловкостью достигать состояния, мобилизующего усилия по установлению связи с важными объектами, не несущими в себе угрозы, полезными и защищающими.

Можно спросить: как может «сверх-я», с которым, по сути, ассоциируется строгость, дисциплина, наказания, запреты и требования, действовать с любовью или ассоциироваться с ней?

Ответ относительно прост: ребенок довольно рано на собственном опыте убеждается, что хорошее отношение (любовь родителей, удовлетворение его потребностей) очень часто зависит от определенных условий, а именно от выполнения обязанностей и соблюдения запретов. Особая продуктивность «сверх-я» означает становление определенной структуры «я» в том плане, что сумма всех требуемых «условий» сопоставляется с требованиями «кодекса», и, что очень важно, индивидуум воспринимает этот «кодекс» добровольно, как нечто само собой разумеющееся. Такая субъективная работа, если все идет хорошо, не приносит никакого недовольства и досады, но, напротив, становится даже «нарциссическим капиталом», приобретенным за счет внутрипсихического «кодекса» и выраженным в форме субъективного убеждения: «Это и есть мои принципы». И, наконец, если все идет хорошо, это означает готовность, зрелость, развитость, способность к реалистической коррекции, не строгость, а объективность и целесообразность «сверх-я», наличие совести как части «я» — то есть наличие таких качеств, которыми нужно гордиться. Можно и нужно гордиться своими принципами, своими идеалами и т. д. Все это мы можем определить как удачную интеграцию с идеалом, с одной стороны, и «сверх-я» (включая идеал собственного «я»), с другой.

В случае удачного развития «большая самость» (позднее — «идеал самости»), с одной стороны, и «сверх-я» (включая идеал собственного «я», то есть образец), с другой, «живой нитью» связаны с регуляцией самооценки: сильное «я» (сильная самость) способствует синергической связи становления самооценки и самоуважения.

К сожалению, так бывает не всегда и даже не в большинстве случаев. При неблагоприятном опыте возникает фиксация «сверх-я» на предыдущем этапе (примитивные,

неполные, лабильные формы архаичного и недифференцированного «сверх-я»), затрудняющая описанные согласованные, синергические функции обоих структур («большой самости» и «идеала самости», с одной стороны, и «сверх-я» или идеального представления о собственном «я», с другой).

Важным элементом согласованной взаимосвязи между идеальным представлением о собственном «я» и «сверх-я» является ситуация, когда послушный родителям ребенок получает не только поцелуи и сладости, но и «блеск в глазах матери». И наоборот, ребенок, уверенный в своих родителях, может на время выйти за пределы своей относительно сильной позиции, что затем только усилит его послушание и согласие. Чаще, однако, возникает антагонизм в виде порочного круга. Заносчивый, «уверенный в себе» ребенок, его «большое я» («большая самость») не соответствует требованиям родителей. Заносчивость оборачивается лишением родительской любви. И наоборот, раболепие, конформизм по отношению к родителям далеко не всегда поощряются «сверх-я», так как собственная гордость расценивает такое поведение как унизительное. Вместо синергизма возникает антагонизм.

Одна пациентка так самокритично рассуждала о своей многолетней раболепной зависимости от партнера: «Я испытываю запоздалое чувство стыда. В этой связи я была готова делать все, чего он от меня требовал. Я оказалась в таком положении, что не могла стоять на собственных ногах». В этой формулировке пациентка непроизвольно подтверждает возникновение у нее «большой самости», то есть способности к оценке собственных возможностей, что равнозначно открытию маленьким ребенком собственной мышечной силы и самопроизвольной моторики, то есть «большого я».

Мы рассматриваем депрессию в ее взаимосвязи с утратой, разлукой, неудачами. Вместе с тем, депрессия парадоксальным образом стремится избавиться от радостных событий.

Честолюбивый, занимающий высокий пост служащий транснационального концерна должен был сменить другого на посту директора. Во время кратковременных контактов с тем, кого он должен был сменить, у него возникала необъяснимая депрессия. После того, как он до поздней ночи отмечал с коллегами и сотрудниками свое назначение на должность генерального директора, по пути домой он разрезал себе артерию и был направлен в больницу. После этого депрессивного криза была выявлена следующая психодинамика. Признание его «большой самости» в форме повышения по службе было лишь внешним, как говорится, «вынужденным» и не воспринималось как истинная любовь к нему. Его «большое я» не утешилось свершившимся фактом, потому что его не любили. Еще более отягощало ситуацию то обстоятельство, что она отчасти подчеркивала осознанное чувство вины: он не был лучше, чем его «отец».

В последующих клинических примерах я более глубоко освещу эти проблемы. Но уже в приведенном случае центральной представляется следующая взаимосвязь: под влиянием неблагоприятных патогенных условий синергия между «большим я» и «сверх-я» сменяется антагонизмом. Этот пациент воспринимал свое «большое назначение» как грех, запретную конкуренцию и победу над отцом («сверх-я»). Для того чтобы лучше это понять, мы должны вернуться к ранним этапам, предшествовавшим образованию «сверх-я» (в той аналогии с «идеалом я», которую мы представляем как «большое я», или «большая самость»).

Если конкретизировать эти предыдущие этапы, то представляется образ, в котором воображаемые и реальные родители соединены понятиями «строгие» и «авторитарные». Кстати: чем более выражены агрессивные и лишенные любви к ребенку компоненты запретов и требований, тем потенциально более строгим и жестоким будет возникающее «сверх-я».

В действительности агрессивность часто возникает при формировании «сверх-я» в связи с тем, что запреты и требования входят в противоречие с принципом удовольствия

и, естественно, приводят к возникновению фрустрационной агрессии. Эта агрессия связывается с формирующейся структурой «сверх-я» и присваивает ей многократно упоминающееся в литературе определение «строгость». Часто случается, что становление «сверх-я» находится под влиянием неблагоприятных условий. Этим объясняется тот факт, что «сверх-я» часто бывает «святее самого папы», то есть оказывается более строгим, чем родители.

В действительности «сверх-я» не является, как я в шутку говорил, воспринятой ребенком идентификацией с родителями. Эта постулированная Фрейдом концепция (о том, что «сверх-я» возникает путем идентификации), к сожалению, не ясна для понимания, вызывает путаницу и замешательство.

«Сверх-я» возникает путем идентификации со «сверх-я» родителей. Эта специфика (то, что речь идет о «сверх-я» родителей) была отмечена Фрейдом относительно поздно (1933 г.).

Ребенок идентифицирует себя со многими частями личности родителей, с большой частью их свойств и частью их «оно». Но вот что нас особенно интересует: идентификация происходит с идеализированным образом родителей, и этот процесс имеет значение для регуляции самооценки, так как представляет собой альтернативу «большого я» («большой самости»). Почему и на какой основе возникает необходимость такого процесса?

а) Действительность принуждает маленького ребенка к тому, что его «большое я» из абсолютного становится относительным — не позднее чем в 18 месяцев наступает фаза сближения, когда ребенок часто буквально «хватает себя за нос». По мере того как ребенок воспринимает относительность своего «большого я», возникает идеализация родителей (Когут) ради спасения самооценки. Происходит идентификация с идеализированными всемогущими и всезнающими родителями или даже присоединение к идеализированному объекту. «Я маленький и слабый, но у меня потрясающие родители!» Этот процесс для маленького ребенка на третьем году жизни является, вероятно, обязательной промежуточной стадией, которая и в последующем играет определенную роль.

б) При этом процессе идентификации ребенок неожиданно для себя (вначале это не общая, а избирательная идентификация) перенимает принципы своих родителей, то есть их «сверх-я».

Этот процесс, который носит регулярный характер, представляется полезным, поскольку ребенок получает поддержку и признание родителей. Ребенок нуждается в этом вдвойне. Он перенимает принципы своих родителей не только потому, что это сохраняет их любовь к нему (что является, по крайней мере частично, удовлетворением его инстинктов), но и потому, что это необходимо для спасения самооценки. «Поддержка любовью» как способ удовлетворения инстинкта, с одной стороны, укрепляет самооценку, а с другой — обеспечивает функционирование объекта и превращение объекта в «объект для себя». Эти функции, как правило, неотделимы друг от друга.

Важными для нашей тематики являются случаи антагонизма, противостояния, потенциального конфликта. Для того чтобы понять это, остановимся вначале на общих, абстрактных положениях.

Общим, проходящим через все фазы развития антагонизмом является противоположность между нарциссическими и объективными тенденциями (которые вначале целесообразно находятся в противостоянии, а затем для пользы развития действуют синергически), принимающими особые формы потенциального противостояния между «большим я» и архаичным «сверх-я». Обе эти тенденции, в конце концов, нормализуются путем регулирования самооценки. В первом случае («большое я») преобладающей представляется независимость от объекта, во втором преобладает ориентация на объект. Застревание на первом или втором варианте приводит к блокаде дальнейшего развития, создает помехи для созревания. Невозможность устранения этого противостояния приводит к утрате чрез-

вычайно важной и необходимой поддержки и защиты со стороны первичного объекта (участие, похвала, ободрение, восхищение). Так возникает предрасположенность к последующим кризам в регуляции самооценки у взрослых. В большинстве случаев описанные двойственные структуры при нерегулярном негативном опыте могут развиваться и интегрироваться, но существует серьезная опасность того, что нарциссическая обида и (или) утрата объекта вследствие лишения компенсирующей нарциссической подпитки приведет к регрессивному возврату к старым, примитивным, недоразвитым формам обеих структур.

Определенная доля признания (одобрения) и согласия (нарциссической подпитки) в действительности необходима. В интересующих нас случаях речь идет о постоянной и значительной недостаточности нарциссической подпитки. В этих случаях возникает угроза для самооценки, требующей нарциссической подпитки со стороны людей, в отношении которых имеется зависимость. Эта угроза может быть разрешена двумя патологическими путями: соответствующей регрессивной мобилизацией «большого я» (в случае мании) или регрессивной мобилизацией ранних стадий в виде могущественного воображаемого образа родителей, а точнее, архаичного «сверх-я». Это требовательное «сверх-я» становится чрезмерным в случае возникновения депрессии.

То, что мы описываем как манию или депрессию, с психодинамической точки зрения представляется отчаянной попыткой спасения самооценки через «безграничное „сверх-я"» (Фрейд) при одновременном раздувании «большого я» или, наоборот (при депрессии), сверхактивацию архаичных форм «сверх-я», а также идеализацию родителей (депрессивное осуждение и унижение самого себя с идеализацией объекта).

Эти описанные выше процессы соответствуют тому пониманию, которое Фрейд еще в 1917 г. пытался выразить в терминах «экономии влечений (инстинктов)» с применением концепции патологической интроекции объекта.

• Чувство стыда и чувство вины

Две описанные внутрипсихические структуры, вытекающие из «большого я» и идеализации «я», с одной стороны, и с другой — из соответствующей идеализации родителей, приводящей к развитию «сверх-я» и идеала своего «я», отмечены двумя важными чувствами, имеющими индикативный, сигнальный характер, свидетельствующими об отклонении в самооценке и о текущем психическом состоянии.

Чувство стыда определяется качествами «маленький», «ничтожный», «плохой». Чувство вины охватывает нас тогда, когда вследствие биологической эволюции и одновременного развития «социальных» тенденций возникает пренебрежение последними с преобладанием связанных с «идеалом я» эгоцентрических установок. Различие между чувством стыда и чувством вины нуждается в четком разъяснении, ибо здесь речь идет об антагонизме этих индикативных субструктур («большого я» и «сверх-я»). Происхождение чувства стыда связано с конформностью «сверх-я», покорностью и раболепием, или, точнее говоря, с чрезмерной зависимостью от объекта.

Насколько сложными в действительности являются возможные констелляции в случае антагонизма между этими структурами, иллюстрирует следующий пример.

> Я рос заносчивым и раскованным, что на самом деле придавало мне чувство силы, но было нежелательным для моих родителей и, в конечном счете, нанесло непрямой вред моей самооценке. Когда я, напротив, становился «маленьким и послушным», это сопровождалась похвалами и любовью и частично вызывало удовлетворение из-за усиления зависимости, но также отчасти требовало отказа от чувства гордости и уменьшало самооценку.

В таком случае нарциссически ориентированная самооценка применяется так, чтобы получать больше поддер-

жки от объекта. Поскольку исключительное «самообслуживание» недостижимо, невозможно разрешить возникший конфликт таким простым способом, как отказ от объекта. От объекта нельзя отказаться не только потому, что он необходим для нормального развития и нарциссической подпитки, но и в связи с тем, что он существенно необходим для удовлетворения связанных с объектом потребностей либидо.

Именно идентификация с идеализированными родителями, как и создание «сверх-я» в соответствии с первоначальным значением конкретных «всемогущих» родителей, несет в себе продуктивное решение в создании независимости «я», следствием которой является становление собственного «идеала я» и «сверх-я».

На этом решение проблемы отнюдь не заканчивается. Однажды возникшая доля зависимости от важной персоны («импортированная нарциссическая подпитка») сохраняется. Во-вторых, и это еще более важно, за интериоризированным объектом в определенной степени сохраняется его первоначальное двойственное амбивалентное значение. Эта амбивалетность проявляется в похвале и критике, любви и отборе определенных качеств.

• Иллюстрация на примерах

Здесь я хочу прервать свои теоретические рассуждения и привести пример маниакально-депрессивного пациента А., который на протяжении 15 лет трижды лечился в больнице по поводу маниакальных приступов. Независимо от этого, в течение многих лет у него отмечались кратковременные гипоманиакальные колебания настроения, вне которых в его состоянии обычно преобладала депрессия.

Он обратился ко мне, когда ему было 40 лет. В течение трех лет он проходил поддерживающее психотерапевтическое лечение, которое ему в некотором отношении помогало. Он надеялся, что при моем участии лечение будет более фундаментальным, так как был недоволен своей жизнью: у него чаще стали возникать более глубокие, чем раньше, депрессивные состояния, и, кроме того, он боялся снова попасть в клинику в состоянии мании. Будучи интеллектуально одаренным, он числился в своей фирме ценным научным работником и отличался от других старательностью при интеллектуально окрашенной манере поведения. Мой контрперенос (с учетом соответствующего утомления, вызванного медленным, педантичным рассказом пациента) определялся господствующим чувством: это милый молодой человек, который раз за разом предпринимает попытку «соорудить крепость и дворец из своих бревен», ожидая при этом от меня одобрительного восхищения и участия. К тому же я чувствовал необходимость быть особенно внимательным, чтобы своими провокационными вопросами и толкованиями неожиданно не разрушить этот «замок». Я понял, что мое терапевтическое поведение должно заключаться не в восторженном одобрении, но в доброжелательном и заинтересованном созерцании (Когут). Я особенно утвердился в этом мнении еще и потому, что пациент воспринимал себя самого вполне отстраненно и относительно, со значительной долей самоиронии и самокритики, как будто все, о чем он говорил, было не только утопическим, но и нереальным. Одним из «замков», которые он возводил, было представление о новой научно обоснованной экономической системе (внутри капиталистической), в которой не прибыль и выгода, а удовлетворение потребностей потребителей по «себестоимости» являлось бы основным мотивом деятельности сотрудников предприятий. Это улучшит эмоциональный климат, придаст смысл их жизни и повысит самооценку сотрудников предприятий.

«Потрясает то, — сказал пациент, — что при этом я могу идентифицировать себя (психотерапевт считает это «идеалом я») с другими («сверх-я» в узком смысле этого слова)». «Поэтому я, — продолжал пациент, — так хорошо воспринимаю себя («идеал я»), что желаю максимально сблизиться с ними (снова «идеал я»)». Все это требует рассмотрения без излишней иронии, так как пациент

трудился на большом предприятии и за всем этим угадывался постоянный конфликт с самим собой. К тому же он часто был увлечен одной особой, которую явно идеализировал, которая, как ему казалось, действительно руководствовалась этими «прекрасными» принципами. Затем регулярно наступало разочарование (в этой идеализированной фигуре родителей), что сопровождалось соответствующим депрессивным изменением настроения.

Внутри терапевтического переноса идеализация психотерапевта в течение длительного времени была неизменной. Пациент часто просил терапевта подтвердить его правоту, спрашивал, продолжает ли терапевт им интересоваться, удовлетворяет ли он его потребностям и запросам. В этой связи стало возможным внимательное исследование истинных психодинамических взаимосвязей, тем более очевидных, что связь с психотерапевтом можно было обыграть как подобие связи с отцом.

Его отец был очень талантливым академиком, который своим изолированным образом жизни и разочарованностью отравлял жизнь себе и причинял страдания своей жене и сыну (нашему пациенту). Ситуация, как мы это выясняли на протяжении многих часов терапевтических собеседований, была действительно сложной. Пациент, со всей очевидностью, хотел соответствовать ожиданиям отца и быть его последователем, то есть быть таким же, как отец, талантливым и высокоинтеллигентным ученым. С другой стороны, он этого не хотел и на практике не оправдал ожиданий отца. Это разъяснил сам пациент, когда однажды идентифицировал себя со своей матерью. Отцу жена представлялась неинтеллигентной, необразованной и не разделяющей его научные интересы. Пациент испытывал потребность стать на сторону матери и искусственно «прикидывался дурачком». Это была не столько солидарность с матерью, сколько стремление к автономии: пациент пассивно отказывался от отца, противопоставляя себя его требованиям. Он и хотел и не хотел соответствовать желаниям отца, был амбивалентен.

В процессе переноса он часто задавал вопрос, соответствует ли он моим ожиданиям. Хотел ли он таким хитроумным способом получить подтверждение своих интеллектуальных способностей или ожидал от терапевта большей эмоциональности, теплоты, более близких контактов?

На сознательном уровне он выказывал особое желание соответствовать требованиям терапевта. Противоположные тенденции проявлялись лишь косвенно, большей частью подсознательно, в виде постоянной нерешительности, в чрезмерной основательности его рассуждений.

У пациента было чувство, что вся его жизнь отличалась сдержанностью и была бедна эмоциями: он называл это «тягостной безнадежностью». Ему казалось, что его детство было «изнурительной работой, которая принесла лишь пару пфеннингов». Только в короткие периоды мании у него возникало чувство, что все дается ему легко («все само идет в руки»). Это было время безграничных перспектив, когда все давалось без труда, но сохранялось предчувствие, что это время скоро закончится.

Он стыдился своего высокомерия во время мании и чувствовал себя обязанным быть еще более старательным и заботливым. О том, как пациент стремился вызвать интерес и сочувствие психотерапевта и соответствовать ожиданиям «фигуры отца» (психотерапевта), говорили многократно повторявшиеся сновидения, о которых он говорил с присущим ему своеобразным юмором: «Уж если я должен попасть в лапы каннибала, как он того желает, то мое мясо, по крайней мере, должно показаться ему вкусным». Для него было чрезвычайно важно получить сигнал о своем признании и о том, что он «нужен». В действительности он испытывал постоянный страх, что он никому не нужен, что он крадет у людей время и от него хотят избавиться.

Нам удалось установить соответствующую переносу связь. Как говорил пациент, психотерапевт утратил к нему интерес. Стало ясным, что это так называемый «мазохистский» способ решения проблемы.[1] Он говорил: «Либо я рискую нарушить хорошие отношения, либо они останутся хорошими — и в том и в другом случае это хорошо. По крайней мере, я получу подтверждение того, что во

[1] Проблематика термина «мазохизм» будет рассмотрена далее.

мне разочаровались, я не нужен и могу уйти». Кроме того, он подтвердил, что даже в тех редких случаях, когда все идет хорошо, он обеспокоен тем, что все это будет непродолжительным. При этом он провоцировал прямо противоположный поворот событий — ему казалось, что существует угроза его падения с достигнутой высоты. Можно сказать, что это желание сделать депрессивное состояние стабильным.

Из этого становится ясным, что пациент из страха, что может всего лишиться, готов отказаться от многих позитивных перемен в своей жизни.

Вариант соответствующей тематики представляет пациент О., страдающий монополярным вариантом депрессии (то есть у него никогда не возникали маниакальные фазы). Он дважды лечился в стационаре и предпринял серьезную суицидальную попытку. В своих сновидениях он так образно выражает свою «неудачливость» (несмотря на старательность):

Приближающийся велосипедист, которым явно был сам пациент, двигался с маленькой скоростью вокруг гроба и никак не мог его объехать — гроб продолжал стоять на том же месте. Заднее колесо велосипеда крутилось все быстрее, и он все больше погружался в землю. В другом сне пациент сидел на своем велосипеде, но не мог сдвинуться с места: он растерянно держал в руках велосипедную цепь. Сила и способность к сокращению его мышц не могла воплотиться в движении, потому что велосипедная цепь не была натянута.

Достойно внимания представление пациента о своем состоянии, которое он обозначил как «отсутствие побуждения к движению». Так пациент во время лекций и в период своего пребывания в клинике характеризовал свое состояние и часто использовал это определение, хотя и не считал его абсолютно правильным. Это выражение было связано не только с недостатком побуждений, но и с отсутствием последующего движения, так как движение либо совершалось в пустоте, либо было «заклинено».

Промежуточное замечание. Установленные нами факты и взаимосвязи приближают нас к воззрениям Эмми Гут, изложенным в небольшой книге и убеждающим нас в том, что депрессивный аффект не только сигнализирует об утрате объекта и снижении чувства собственного достоинства, но является также индикатором «внутрипсихического штиля» (англ. deadlock — мертвая точка, тупик, безвыходное положение). Этот тупик является результатом блокирования попытки переработки (или компенсации) утраты, разрыва, снижения самоценности и служит эмоциональным индикатором этих состояний (печаль, душевная боль, стыд, покинутость, самоуничижение и т. д.). Такая концепция позволяет учитывать и другие виды депрессий, не основанных на вызванной конфликтом блокаде и «внутрйпсихическом штиле» (например, при тяжелом психическом истощении).

У третьего маниакально-депрессивного пациента Е. в период депрессивной фазы выявлялось еще более выраженное снижение побуждений и пассивное отношение к своим нуждам, что было проявлением динамического процесса. Отсутствие активности у этого пациента, в конечном счете, являлось результатом сопротивления, протеста против требований «сверх-я». При этом, естественно, возникало чувство вины, проявлявшееся в постоянном обесценивании себя (он бесполезный, ленивый неудачник, он действительно преступный тип из-за систематического пренебрежения своими обязанностями и пр.). Другим оправданием такой пассивности был тот факт, что пациент действительно, без всяких сомнений, плохо себя чувствовал, причем, как мы это установили позже, в этой слабости был своеобразный элемент озлобленности.

Особый интерес представляет выявляющаяся у многих депрессивных пациентов типичная «патовая ситуация», приводящая к труднопреодолимому состоянию «внутрипсихического штиля» (тупика). Динамика этого тупика состоит в «заклинивании» между отказом от послушания (вопреки «сверх-я») путем пассивности и пренебрежения своими обязанностями, с одной стороны, и блокадой, или, точнее говоря, невозможностью позитивной самооценки — с другой. Такое состояние можно расценить как

наложенное на самого себя наказание. Состояние «тупика» приводит пациента к непрекращающейся самокритике. Он не ухаживает за своими волосами, осуждает себя за свою пассивность и бездеятельность, называет себя ленивым неудачником. Здесь мы имеем дело со «смертью доверия к себе» (отсюда ассоциация с английским словом deadlock — мертвая точка, тупик), вызванной конструкцией «патовой ситуации». Такая конструкция является первым шагом последовательной сознательной работы, проводящейся по требованию «сверх-я» и приобретающей препсихотический характер, соответствующий описанному Телленбахом меланхолическому типу. Вторым шагом является осуждение самого себя как неудачника. В результате возникает закрытая, инертная система.

В данном конкретном случае мы можем констатировать, что пациент расценивает возникшие условия как неизбежные. Соответственно, создавшуюся патовую ситуацию Е. выражает следующим образом: «Меня действительно нужно избить, быть может, шок мне поможет».

В связи с этим я возразил: «Я не могу Вас избить, но я хорошо понимаю, что Вы хотели сказать: избыток объективного наказания может частично ограничить наложенное Вами на себя самонаказание так, чтобы была возможна истинная самооценка. Мы должны подумать, как изменить эту патовую ситуацию, не прибегая к наказанию. Почему для Вас невозможна сильная, позитивная оценка самого себя? Быть может, Вы боитесь того, что это может привести к мании? Разве не этот страх удерживает Вас в этой позиции?»

Пациент согласился с этим. Он действительно испытывал постоянную угрозу возврата мании, хотя на самом деле это состояние больше не повторялось. В прошлом уже бывало, что его самооценка восстанавливалась при организации быстрой смены раздражителей. Но теперь это было невозможным из-за возникшего «тупика».

Вернусь к первому пациенту. Однажды, обрадованный и счастливый, он рассказал, как его маленький сын, которому перевалило за полгода, помог ему в поливке цветов на балконе. Так как малыш, естественно, не мог сдвинуть с места переполненное ведро с водой, он взял свою игрушечную мисочку, окунул ее в ведро и, расплескивая воду и обливаясь, стал снова и снова поливать цветы. Отец был очень обрадован и показал сыну, что очень одобряет его «работу».

Мы вместе с пациентом смогли выяснить, что раньше, будучи ребенком, он испытывал большое и неисполнимое страстное желание связать свою жизнь с жизнью отца, стать ему полезным. В действительности, однако, отец постоянно давал ему понять, что он не столько ленив, сколько неловок, неопытен и мал. Их сотрудничество с некоторой долей терпимости вначале расценивалось отцом как «простая работа». Позже, когда такая работа стала долгом, ее выполнение не требовало особой похвалы.

Кроме прочего, «гениальное исцеление» маленьким сыном, возникшее одновременно с потребностью «плескаться» и радостью от расплескивания воды (спонтанное удовлетворение инстинкта плюс усиление образа здорового «идеала я» через переживание этого радостного поведения) воспринималось пациентом как предполагаемое исполнение желаний отца (прежнего «сверх-я»). Все это было предпосылкой возможности установления эмпатической связи с отцом. Такая связь является важным условием конструктивного устранения противостояния и разрешения потенциально заключенного в данной ситуации конфликта. Этот конфликт, который несет в себе много характерных черт основного конфликта, играет также большую роль и в патогенезе шизофрении. В этой связи мы можем задать вопрос: как установить различие в констелляции условий, приводящих к конфликту в приведенных примерах и при шизофрении?

Аффективные психозы, шизофрении и невротические депрессии

Стремясь избежать абстрактного теоретизирования, я продолжаю ориентироваться на клиническую реальность и начну с вопроса, как шизофренические и маниакально-депрессивные пациенты реагируют на фрустрирующее или отвергающее их поведение связанных с ними людей. При терапии текущих процессов эти реакции наблюдаются и различаются между собой в непосредственной близости в процессе их возникновения.

Вначале покажем, что отказ объекта (пусть это даже субъективное восприятие отказа терапевта от привычного поведения или трактовка его высказываний) расценивается пациентом по-разному. Депрессивные пациенты воспринимают это обстоятельство как существенное снижение собственной ценности, как ущемление своей способности к регуляции самооценки. Больные шизофренией воспринимают отказ как унижающее их равнодушие, как отрицание их сущности в форме целостного автономного существования их личности. Эти процессы по существу различны, однако в обоих случаях они приводят к тяжелому кризу. Соответственно, в обоих случаях мобилизуются определенные защитные и компенсаторные механизмы.

• Реакции на отказ и фрустрацию

При маниакально-депрессивных расстройствах возникают, помимо прочего, следующие реакции:

а) Угрожающее снижение чувства собственного достоинства, которое проявляется как упорное чувство собственной несостоятельности, а также бред греховности и обнищания.

б) Обратная реакция — компенсаторное и (или) маниакальное самовозвеличивание, проявляющееся как реактивация «большого я» или «безграничность „сверх-я"».

в) Состояния агрессивности, ажитации, озлобления (ажитированная депрессия или «гневная» мания).

г) Уклон в соматизацию, способствующий (при соответствующей соматической предрасположенности) развитию таких тяжелых психосоматических заболеваний, как, например, колит, астма и т. д.

д) Мысли о самоубийстве или даже завершенные суициды как спасение от угрозы полного отвержения собственного «я».

При шизофрении наблюдаются следующие варианты реакций:

а) Отход к полному безразличию, противостоящему объекту; естественно, он имеет различные ступени — от кажущегося равнодушия до подлинного аутизма.

б) Развитие бредовых взаимосвязей, как в виде бредовых идей отношения, так и с бредом преследования. Последний развивается не только как проекция агрессии, но также (может быть, даже в первую очередь) как установление особенной, связанной с данными обстоятельства-

ми, единственно возможной связи с нелюбимым, ненавистным и преследующим объектом. Вот пример:

> Одна пациентка, которая в течение длительного времени была избавлена от психотической симптоматики, испытывала во время одного из сеансов психотерапии сильное желание отказаться от моих услуг, от чего я ее всячески удерживал. Она почувствовала, что ее позитивные чувства не находят у меня соответствующего отклика. Несколько позже она развила эту мысль в разговоре со своей знакомой, излагая ей в течение одного-двух часов бред отравления. Кока-кола, которая была ей предложена во время сеанса, «внезапно приобрела странный вкус». Пациентка почувствовала себя отравленной. Обращает на себя внимание то, что, рассказывая об этом кратковременном психотическом эпизоде, она испытывала душевную боль и разочарование от моей попытки полностью игнорировать его. Когда бредовые идеи отравления исчезли, эта душевная боль появлялась снова.

Слуховые галлюцинации, так называемые «голоса», могут выполнять такую же функцию как в виде ободряющих, доброжелательных, так и критикующих, комментирующих голосов.

в) Массивная, выраженная агрессия, связанная с определенными обстоятельствами.

г) Уклон в тяжелые психосоматические заболевания (при соответствующей предрасположенности). Вот еще один пример:

> У пациентки, относительно свободной от психотической симптоматики, в период моего отпуска развился повторный приступ нейродермита. Первоначально болезнь пациентки началась с тяжелого приступа нейродермита, и в данном случае взамен психотического эпизода у нее возник приступ нейродермита.

д) Мысли о самоубийстве (или даже самоубийство) во избежание уничтожения своего существования, не столь, однако, выраженные, как попытки уклониться от обесценивания «я» при депрессии.

• Реакции при сближении и симпатии

Я кратко упоминал уже варианты компенсации (реакции) при субъективном восприятии отказа объекта (точнее, психотерапевта) от привычных действий. Обратим также внимание на противоположные случаи, когда (в действительности или в субъективном восприятии пациента) возникает необходимость предотвратить симпатию объекта или сближение с ним (при шизофрении и депрессии), что имеет различные основания и требует различных средств.

При депрессии желание получить безграничное одобрение и симпатию связанной с пациентом персоны (психотерапевта) отличается неустойчивостью в связи с лабильностью внутрипсихического равновесия (и его связи с самооценкой) и поэтому может казаться парадоксальным.

> Это порой случалось с пациентом О., у которого симпатия и расположение со стороны жены (которую он воспринимал снисходительно) вызывала соматические ощущения тошноты и позывы к рвоте. Это нередко проявлялось и в отношениях с психотерапевтом, даже во время психотерапевтических сеансов. Все это нуждалось в объяснении и переработке, так как даже осторожное упоминание о таких удивительных реакциях воспринималось как язвительное, а сама симпатия расценивалась им как фальшивая и потому опасная. Во многих других случаях, когда такое расположение поддерживалось как подлинное и доброжелательное, оно все же не принималась пациентом — требовалась совместная многолетняя работа по преодолению и ослаблению такой (так называемой «мазохистской»[1]) защиты.

[1] Связанной с удовольствием. В связи с этим у меня возникла концепция метода переработки; для того чтобы установить в соответствии с ней, как возникают негативные представления и каков механизм избавления от них, следует искать новые, неизбитые термины.

Эта опасность, это «обольщение» преодолевается пациентом с помощью соматизации (позывы к рвоте). Господство строгого «сверх-я» (осуществляемое через отвергаемую жену и якобы критикующего его психотерапевта, который хитрит и изворачивается, вместо того чтобы оказать реальную поддержку) сохраняется и поддерживается, так же как и форма компенсации чувства вины и т. д.

При шизофрении истинное или воображаемое приближение объекта (точнее, психотерапевта) прекращается и решительно отклоняется, так как оно представляет угрозу существованию «я». Чем меньше дистанция, тем больше сила притягательности объекта и тем сильнее угроза слияния с ним (и, возможно, угроза того, что в будущем объект сам разрубит эту нерасторжимую связь).

Отказ, как и симпатия (при шизофрении и даже при депрессии), может восприниматься как угроза и в связи с этим требовать соответствующей защиты. Это не должно вызывать у нас удивления. Заключенный в этом конфликт как раз и состоит в одновременном наличии противоположных тенденций, которые, как при шизофрении, так и при депрессии, невозможно интегрировать. Отказываясь от дальнейшего объяснения связи основного конфликта с шизофренией, я снова возвращаюсь к депрессивным, или, точнее, маниакально-депрессивным состояниям.

Пациент А. хотел видеть своего отца всегда правым, пытался настроить себя на согласие, во всем следовать отцу, связать с ним свою жизнь. К этой цели его направляло «сверх-я», экстремальным образом требовавшее от пациента на протяжении всей его жизни бесконечных усилий для признания его успехов отцом. С другой стороны, эта линия пересекается прямо противоположным желанием, а именно стремлением к автономии, направленным против такой покорности. Это сочетается с солидарностью с матерью — солидарностью, обусловленной не только связью с матерью как объектом, но также стремлением пациента к автономии. Описанное противостояние приводит к тягостной безнадежности, в связи с чем он «на полный газ включает тормоза», с трудом передвигаясь по жизни.

В отношении пациента О. дело обстоит несколько иначе. Этот пациент чувствовал себя депрессивным, «окаменевшим», очень похожим на своего отца отсутствием побуждений и инициативности. По отношению к отцу он был индифферентным и вместе с тем озлобленным. Он не мог поступать иначе: «Если я откажусь от этой связи, мне не жить на этом свете».

На этом примере мы можем убедиться, сколь принужденной, неизбежной и роковой может быть идентифицирующая связь с объектом.

- Пациент идентифицировал себя со своим отцом. Вместе с тем, он жаждал признания матери и к тому же постоянно пытался ей противостоять. Одним из воспоминаний, существенно связанных с его личностью, были некоторые негативные высказывания его матери, касавшиеся его. В период его детства она часто вела себя так, будто ей было стыдно за него. Время от времени у него возникали реакции протеста против матери; с другой стороны, он страстно желал ее признания, ее поощрения. Подобной была и его связь с женой, которую он воспринимал не только как недооценивающую и постоянно критикующую его, но и как большую и сильную.

• Биполярность против монополярной депрессии: одно рискованное предположение

О пациенте А. принято говорить как о маниакально-депрессивном или, согласно принятой психиатрической терминологии, «биполярном» пациенте, страдающем как депрессивными, так и маниакальными фазами. В отношении пациента О. речь идет о монополярной депрессии, в его жизни не было ни одной маниакальной фазы.

Почему у некоторых пациентов возникают как депрессивные, так и маниакальные фазы, тогда как у других часто повторяются депрессивные? В этом отношении психиатрия предлагает много возможных ответов, основанных преимущественно на конституциональных, биологических процессах и гипотезах. Мы, однако, при ответе на этот вопрос хотим обратить внимание на психодинамические проблемы, на возможность прояснить эти вопросы исходя из характера и структуры конфликта. Мы знаем, что у пациента А. во время маниакальной фазы возникало господство «сверх-я», когда он использовал внешние силы, переданные ему от «сверх-я» его отца. В противоположность этому, у пациента О. сверхтребовательное «сверх-я», связанное с господством материнского «сверх-я», не придавало ему деятельной активности — быть может, потому, что это материнское «сверх-я» было в значительной степени архаичным и представляло угрозу его внешним связям. Отторгнутая, связанная с матерью и потому очень архаичная формация «сверх-я» в дальнейшем может приобрести характер опасной. Связанный с соответствующей структурой объект с помощью отторжения вовне может вызвать угрозу полного лишения объекта. В любом случае речь идет о тотальной угрозе существованию, как, например, в следующем клиническом наблюдении.

После многолетнего лечения пациент О. решил «выбросить за борт» все мои психотерапевтические рекомендации. Ранее сверхдоброжелательный и приниженный, он, к моему удивлению, стал агрессивным. В конце концов я был вынужден оставить его в покое. Через некоторое время он сам пришел ко мне и рассказал, что довольно внезапно стал воспринимать меня как «яд», который вызывал у него реальные соматические ощущения. У меня возникло впечатление, что этот пациент, подобно упомянутой шизофренной пациентке, считавшей себя отравленной кока-колой, в связи с угрозой утраты объекта решил «защитить» себя образом преследующего объекта.

Эти соображения подкрепляются и воззрениями Гунтрипа, согласно которым депрессия является попыткой пациента оградить себя от «соскальзывания» в шизоидную позицию. По существу, это подтверждает мою позицию. Однако такого рода единичные наблюдения не дают оснований для всеобщих суждений, так как депрессия претендует на самостоятельное место среди ранней патологии и не является способом предотвращения шизофрении и защитой от нее. Еще раз о моем предположении: мне представляется, что привязанный к матери интроект «сверх-я» не является легким и бесследным и совершает маниакальный переворот с помощью отторжения. Итак, лучше оставаться в депрессии; именно это называется монополярностью.

Осмелюсь высказать очень рискованную гипотезу, полезность которой мы должны проверить на дальнейших примерах.

Один из вариантов этой гипотезы основан на наблюдении случая булимии с неутолимым чувством голода и самопроизвольной рвотой. При развитии булимии (в общем, позитивном) юная пациентка с эндогенной депрессией, в течение длительного времени проходившая у меня лечение и ранее неоднократно вынужденная лечиться в стационаре, почувствовала значительное улучшение.

Имеются статистические исследования, свидетельствующие о том, что многие булимические пациенты в прошлом страдали депрессией. Можно предположить, что этот синдром является «продолжением депрессии другими средствами» и что булимический приступ, как глубинный истерический символ, представляет собой алчную, захлебывающуюся от жадности интроекцию амбивалентного объекта и его последующее отторжение путем выплевывания из-за его непереносимости. К тому же, эта очевидная психосоматическая конкретизация, как бы она ни была тяжела, приводит к разграничению (затрудненному вследствие амбивалентности). Пациентка выплевывает только «плохое» (то есть чрезмерное количество заглатываемой

пищи, которая может вызывать полноту), но не собственную душу. Процесс становится, таким образом, контролируемым. Достойно внимания то обстоятельство, что эта пациентка, которую мы могли наблюдать непосредственно, также как и пациент О., страдала монополярной депрессией, и ее «сверх-я» было перенято от господствовавшей в семье матери, в то время как ее отец, мягкий и податливый, был индифферентным (точно так же, как и у пациента О.).

Иначе говоря, «булимическое разрешение» (жадное поглощение пищи и ее отторжение) кажется «лучшим», чем соскальзывание в бред отравления. «Злая» часть еды является реалистичной частью объекта, которая может быть совершенно конкретно выплюнута (так сказать, получение удовлетворения от еды и выплевывание ее излишков как «зла»). Разумеется, это не является окончательным решением. Такое поведение приносит временное облегчение, которое у этой пациентки умаляется чувством стыда. То, что это облегчение кажущееся, подтверждает то обстоятельство, что механизм такого облегчения напоминает наркоманический образ действий.

• Проблема депрессии и шизофрении

Депрессивные больные тем сильнее зависят от объекта (не полностью интериоризированного и ассимилированного из-за его амбивалентности), чем менее возможен отказ от него. Конфликт состоит в том, что этот объект, от которого нельзя отказаться, не может (вследствие состоявшейся интроекции) и быть сохранен, не утратив своей ценности. Представление о частичном разрешении этого противоречия дает булимия как символическое избавление от амбивалентного объекта (вкусного и приемлемого, но вызывающего полноту).

Больные шизофренией, с другой стороны, не стремятся ни к какой целостности, для них необходимо быть независимыми от «целостного» объекта. Если для них такой объект существует, то при остром психозе происходит не только отказ от него, но и закономерное отторжение объекта, причем вместе с объектом (не отщепленным от «я») отторгается и часть собственного «я». В основе этой проблемы лежит не угроза утраты ценности, но угроза утраты собственного «я». Конфликт состоит в том, что больной шизофренией не может быть снова вместе с объектом, он должен вести автономное существование без объекта.

Вернемся снова к депрессии, теперь уже в ее отношении к психосоматическим расстройствам. Не возникает ли при ней зависимость от конкретного объекта? На этот вопрос мы должны ответить утвердительно. Различие состоит в том, что психосоматическим пациентам удается отграничить этот объект и разместить его в собственном теле; хотя взаимосвязь и остается, она существует в теле.

Другим обстоятельством, которое выходит за пределы депрессии или психосоматических расстройств при «удачном» разрешении проблемы, является то, как конкретная личность с определенной идеологией использует и организует свои функции в конкретном противостоянии. Такое разрешение, как мы знаем, будучи рискованным, все же не приводит к разочарованию и утрате.

• Шизофренический «дефект» в сопоставлении с депрессивной «пустотой»

Гунтрип придерживается той точки зрения, что депрессия представляет собой попытку уменьшить или предотвратить «соскальзывание» к параноидной позиции, особенно и связи с тем обстоятельством, что отказ от такой попытки приводит к депрессивной пустоте, напоминающей шизофреническую опустошенность. И все же шизофрени-

ческая безучастность и опустошенность отличается от депрессивной пустоты. Шизофренная опустошенность основывается (из необходимости защиты) на многократном расщеплении, измельчении, фрагментаризации и экстериоризации внутрипсихического. Пациент представляет собой груду развалин.

Мир депрессивного больного пуст совсем в другом смысле. Он пуст из-за отсутствия ценного содержания. Он не содержит ничего, что имело бы смысл любить. Можно сказать, что в данном случае мы имеем дело с «выжженной землей», прежде всего в том смысле, что внутренний и внешний мир утрачивает для депрессивных больных свою привлекательность. Это, как и при шизофрении, является результатом защитных действий; однако они заключаются не в отщеплении и экстериоризации, как при шизофрении, а осуществляются посредством интроекции амбивалентного объекта, что приводит к описанной выше ненависти к самому себе, самоунижению и самоуничижению.

• Агрессия в динамике депрессий

Психоаналитическая литература видит зерно депрессивного конфликта в том, что пациент, желая избавиться от объекта, в то же время действительно зависим от него. Я думаю, что фиксация на этом конфликте обоснована лишь отчасти. Понятно, что такого рода конфликт играет при депрессии центральную роль. И все же он, прежде всего, не специфичен только для депрессии — он имеет место при шизофрении и характерен для многих невротиков, которые избегают опасности тем, что при необходимости «избавляются от объекта» в своей фантазии. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что агрессивный конфликт при этом носит не первичный, а вторичный характер, даже если он и представляется важным. Первичный же конфликт я хочу определить, связав его с теми случаями, когда наносится ущерб самооценке:

а) если объект «плохой» или разочаровывает;

б) если по-настоящему «хороший» объект утрачивается (утрата объекта).

Нормальное разрешение конфликта в период развития состоит в постепенном снижении абсолютного значения конкретного объекта путем возведения соответствующей внутрипсихической структуры (соотношение «сверх-я» с реалистичным «идеалом я» и идеалом собственного «я»). Депрессивное псевдорешение, напротив, приводит к тупику: оно состоит, говоря просто, в том, что «лучше плохой объект, чем его отсутствие» (в нашей неуклюжей психоаналитической терминологии это звучит так: состоялась примитивная интроекция неассимилированного, амбивалетного объекта, в связи с чем преобладает негативный интроект). В связи с тем, что «плохое» или «злое», «негативное» является частью собственного «я», конфликт при депрессии усиливается и выражается в следующей форме: «Как мне справиться с ненавистью и презрением к самому себе?». Такой констелляцией могут быть объяснены многие клинические картины — например, жестокие самоповреждения или самоубийства, депрессивный «стиль вылеживания» или депрессивная пустота.

Ужасающее господство самоуничтожения при меланхолии не является доказательством существования инстинкта смерти (как изначальной инстинктивной потребности в деструкции «я», называемой «первичным мазохизмом»). Самоуничтожение в его экстремальной форме во многом соответствует трагическому приходу к «мертвой точке», отчаянной попытке защитить «объект для себя», что совершенно необходимо для собственной ценности.

Еще более трагическими представляются последствия шизофренической попытки спасти «объект для себя», сколь бы горьким это ни было. Такая отчаянная попытка развивается не путем интроекции, как это бывает при депрессии, но через проекцию и проективную идентификацию. Эту парадоксальную формулировку (как может проекция создавать или спасать?) необходимо коротко разъяснить.

Как считают многие, например Мелани Клейн, больной шизофренией проецирует не что иное, как свой ужасный предполагаемый врожденный агрессивный потенциал. Это не совсем понятно, ибо бредовая картина далеко не всегда связана с «преследованием». Например, при бредовых идеях отношения на первом месте в переживаниях пациента стоит интересующийся им «наблюдатель»; в любовном бреде пациенты могут испытывать позитивные чувства и влюбленность. Адекватная теория бреда должна включать в себя все варианты бредообразования от проекции до проективной идентификации. И в этой связи клинические наблюдения подтверждают представления о том, что бред является отчаянной попыткой установить и удержать установленную таким образом связь. При бреде отношения или любовном бреде это приводит к иллюзии особенно сильной и счастливой связи. В случае бреда преследования также всегда устанавливается связь, но имеющая негативный характер, а именно связь преследуемого и преследователя. Как мы подробно описали в другой работе (Mentzos, 1988), опасность чрезмерной близости объекта принуждает к такого рода компромиссу.

Итак, при шизофренном бредообразовании речь идет не только о защите от первично данной агрессии и даже не только о дистанцировании от опасного своей привлекательностью объекта, но также о попытке компромисса, целью которого является установление и поддержание связи с объектами, несмотря на экстремально тяжелые условия и большую опасность.

• Психотические, невротические и реактивные депрессии

Из психиатрической и психотерапевтической практики известно, что разные люди реагируют на угнетающие их события по-разному. Это положение имеет особое значение при депрессиях. Часто бывает, что утрата объекта (это может быть смерть близкого человека, бьющая по самолюбию профессиональная неудача, негативное решение суда, кризис в супружеских отношениях или уход партнера) у одних сопровождается простой, преходящей реакцией печали, у других вызывает длительную реактивную депрессию, у третьих длительную реактивную депрессию вызывает присоединение этого события, а четвертые, наконец, реагируют на эти события депрессивным или, что более удивительно, маниакальным психозом. То, что такие события способствуют развитию маниакального психоза, как показывает клиническая практика, отнюдь не является случайным совпадением. Так, у пациента Е., описанного третьим в предыдущей главе, все маниакальные фазы возникали в связи с тяжелой утратой или неудачами в социальной области.

Ответ на вопрос, почему на такие похожие угнетающие события возникают столь различные реакции, вряд ли может быть исчерпывающим и удовлетворительным; однако, согласно общепринятым и содержательным представлениям, он связан с различной предрасположенностью. Мы не можем сегодня удовлетвориться столь общим ответом и пытаемся определенным образом различить эти реакции не только с помощью тавтологических дефиниций (например, «невротическая депрессивная реакция возникает при предрасположенности к невротической депрессии»).

Попытки такого рода, разумеется, не просты. Особую трудность представляет различение между психотической и невротической депрессией. Многое для них является общим: проблематика виновности, снижение самоценности, склонность считать себя беспомощным и несостоятельным, «мазохистские» компоненты встречаются при обоих вариантах депрессии. Феноменологически такое различие имеет, прежде всего, количественный характер: при невротической депрессии смешиваются и становятся нерасторжимыми проблемы виновности и собственной несостоятельности, но они никогда не сопровождаются бредом греховности. Подавленность этих больных, их депрес-

сивное настроение, заторможенность и снижение побуждений удерживаются в определенных границах. Только психодинамические рассуждения дают возможность провести более глубокое, качественное различие. При этом мы проводим различие не столько в характере конфликта (который примерно одинаков), сколько в способе его переработки и, особенно, в качествах «я».

Предрасположенные к невротическим депрессиям люди явно обладают интериоризированным (если не ассимилированным) «хорошим объектом», который приобретает подлинное постоянство. Поэтому в крайнем случае (при нарушении нарциссического гомеостаза удручающими событиями) не может возникнуть грубая, внезапная патологическая интроекция амбивалетного объекта. Объект, даже если он сильно амбивалентен, так хорошо интернализирован и одновременно так отграничен, что его отторжение не представляет опасности для людей из реального окружения, на которых он проецируется (проецируется обычно лишь «плохая часть» этого объекта). Это могут быть проецированные или реальные обвинения. В этой связи я вспоминаю до сих пор применимое старое дифференциально-диагностическое правило: если «обвиняющий перст» депрессивного пациента направлен вовне (а не на самого себя), то речь идет о невротической, а не об эндогенной депрессии.

К этому присоединяется второй различительный критерий. Он связан с различными формами проявления мазохистской переработки[1]. Опыт показывает, что невротически-депрессивные механизмы больше, чем «мазохистские» (как при неврозе, так и при психозе), соответствуют реальности. Путем манипуляции реальностью удается в значительной степени ответить реальными страданиями на нереалистичные, повышенные требования к самому себе. Я часто устанавливал, что депрессивные невротики подсознательно выбирают себе партнера, который заставляет их страдать, потому что если это не случится — опять-таки подсознательно фантазирует пациент, — то это не даст ему права на свою судьбу, свой мир, свою биографию, своих родителей, не даст права чувствовать себя страдальцем. Невротико-депрессивные «мазохистские» конструкции сравнительно реалистичны. Они основываются, по большей части, на прошлых и текущих страданиях, которые реально или субъективно воспринимаются пациентом.

[1] Полезная часть концепции морального мазохизма состоит в следующем. Страдание, боль и виновность в подсознательном «торге» представляют собой цену, которая уплачивается для того, чтобы «сверх-я» (или родители) смягчилось и простило, или, как я говорю, является уменьшением «счета „сверх-я"». Эта «уплата по счету» в случае сексуального мазохизма является также условием возможного сексуального удовлетворения, приносит «мазохистский выигрыш». Определение мазохизма таким осторожным образом тем более полезно, что нарциссические механизмы являются составной частью динамики депрессий.

Хочу предотвратить недоразумение: здесь речь идет не только о том, что пациент испытывает страдания или с ним плохо обращаются, что в большей или меньшей степени соответствует действительности. Речь идет о том, насколько эти страдания в столкновении со строгим «сверх-я» перевешивают чувство вины и допускают с разрешения «сверх-я» возможность облегчения и избавления.

Депрессивно-невротические подсознательные установки так называемого «мазохистского равновесия» представляют собой относительно благоприятную работу «я», исключающую грубое искажение реальности или снижение способности к восприятию реальности (как это бывает при депрессивных психозах). Такая работа возможна только потому, что невротический депрессивный пациент обладает относительно интегрированным и относительно постоянным объектом (это связано с лучшими структуральными предпосылками, чем у психотически реагирующих депрессивных больных)[1].

[1] Понятие депрессивного психоза среди психоаналитиков не является бесспорным. Французские психоаналитики выдвигают против понятия «депрессивный психоз» кажущиеся правильны-

Невротические депрессии не являются психозом. Эндогенные депрессивные и маниакально-депрессивные расстройства в своей основе имеют описанную выше грубую патологию регуляции самооценки и снижение способности к восприятию реальности — по крайней мере, внутренней психической реальности.

Описанные соображения применимы и для психодинамического определения реактивной депрессии. Здесь речь идет также (через утрату объекта или разочарование в ценном объекте) о нарушении нарциссического гомеостаза. Это связано с лишением настоящей, привычной, исходящей извне нарциссической подпитки. Такая подпитка совершенно необходима даже при относительно хорошо развитой регуляции самооценки. В случае простой реактивной депрессии речь идет об утрате и разочаровании вследствие внезапного прекращения этой нарциссической подпитки, и нет оснований говорить о нарушении развития «идеала я» и «сверх-я», как это бывает при невротических и психотических депрессиях. В связи с этим реактивная депрессия не осложнена возникновением проблематики вины. Компенсация реактивной депрессии с таким неосложненным нарциссическим нарушением возможна при мобилизации других ресурсов. Реактивная депрессия, чаще всего, быстро проходит.

ми возражения, заключающиеся в том, что депрессивные расстройства, как бы тяжелы они ни были, не являются психозами, потому что пациенты все-таки поддерживают связь с объектом. Такая аргументация представляется мне противоречивой: из нее вытекает, что шизофреники вообще не имеют никакого контакта с объектом или способны только к грубо патологическим контактам. Вообще-то психозы можно понимать как последнюю отчаянную попытку предотвратить отделение от объекта. С другой стороны, взаимоотношения с объектом, на которые способны психотические депрессивные или маниакальные пациенты, в любом случае являются грубо патологическими. Исходя из этих двух положений, мне кажутся недостаточно обоснованными критерии связи с объектом и способности устанавливать такие связи для определения психотического или непсихотического уровня. В соответствии с психиатрическими и психоаналитическими традициями я могу предложить определение психозов как структурального качества «я» (самости) или как способа мобилизации (незрелых, относительно примитивных) защитных механизмов, а вовсе не как принципиальную неспособность к установлению связей.

• Экскурс 1. Биологический фактор

До сих пор я описывал и анализировал маниакально-депрессивные расстройства как чисто психологический процесс. Я поддерживаю точку зрения, что статистически достоверные взаимосвязи между депрессией и гормональными изменениями несущественны, что имеются четкие признаки наследственного фактора, что антидепрессанты обладают положительным действием, что необходимо знать о нейробиохимических исследованиях последних десятилетий, о значении биоритмов, о возрастных взаимосвязях, о медикаментозных индуцированных депрессиях, которые удивляют нас своей периодичностью. Теперь передо мной стоит задача расширить представленную сущностную модель, объединив психосоматические гипотезы с очевидными биологическими факторами. Я считаю это принципиально возможным.

Здесь имеются широкие возможности для размышлений. Мы можем, например, исходить из гипотезы, что биологический фактор является следствием прямого действия основного (преобладающего) настроения, опосредованного через изменения функции нейрональных синапсов в соответствующих мозговых структурах (в частности, в лимбической системе). Вследствие этого (а также вследствие возникшего нарушения настроения) наступает непрямое ущемление нарциссического гомеостаза (который также зависит от основного, преобладающего настроения) и последовательно происходит высвобождение описанных защитных и компенсаторных механизмов.

Речь идет о предполагаемой соматопсихически-психосоматической модели депрессии и маниакально-депрессивного заболевания. С ее помощью можно объяснить различные встречающиеся в клинике формы заболевания.

У людей с гармоничным развитием и соответствующей стабильной регуляцией самооценки (включая постоянство объекта и ассимиляцию «хорошего» объекта) встреча с таким биологическим воздействием основного настроения и его колебаниями подобна смене времен года — она привычна, сопровождается соответствующими переживаниями и поведением, не требующими какого-либо лечения. Иначе обстоит дело у лиц с лабильной нарциссической регуляцией самооценки, с недостаточным постоянством объекта, обладающих плохой способностью к интериоризации и затрудненной способностью к ассимиляции объекта. Это приводит к первичному биологическому изменению настроения и самочувствия, к более или менее драматическим кризам, которые переживаются и выражаются описанным выше образом. Возможно, существенным является то, что повторяющиеся кризы и заболевания приводят к выраженной сенсибилизации, способствующей возникновению реакций и закреплению патологических образцов.

Второе предположение состоит в том, что не только соматопсихически-психосоматические, но также и чисто психогенные (или психосоматические) заболевания, вызывающие длительное эмоциональное напряжение, могут привести к остаточным функциональным или даже соматическим изменениям в нервной системе. Такая гипотеза не является ложной даже в свете исследований последних десятилетий о врожденной обусловленности развития нервной системы. Биологический фактор является вторичным по отношению к фактору психологическому. Я не уверен в том, что мы в настоящее время должны делать выбор между двумя альтернативами или принимать биологический компонент как альтернативу, стоящую на первом месте. Важным мне представляется то, что какой бы гипотезы мы ни придерживались, психодинамический фактор играет существенную роль в чисто клинической диагностике независимо от того, учитывается или не учитывается при этом соматогенный критерий. Я придерживаюсь этого мнения даже в бесспорных случаях соматических заболеваний, при которых указанные выше гипотезы не имеют никакого значения. Терапевтические усилия кажутся бессмысленными даже при однозначно органических поражениях мозга, если они не сопровождаются психотерапевтической поддержкой (например, психотерапевтическое сопровождение при лечении пациентов с изменениями психики вследствие органического поражения мозга).

Еще большая необходимость психотерапевтического лечения депрессивных заболеваний имеется даже тогда, когда, по общему признанию, в их этиологии и, особенно, патогенезе и психодинамике главное значение придается психосоциальным факторам. Даже если совершенно очевидно, что данное расстройство по большей части не имеет отношения к психологии, это вовсе не значит, что психотерапия не может оказать благотворного влияния. Наш опыт свидетельствует о том, что даже при самых тяжелых из таких заболеваний — меланхолии и маниакально-депрессивном психозе — психотерапия может оказать позитивное воздействие.

• Экскурс 2. Существенные замечания относительно терапии

Как и при шизофрении, при лечении маниакально-депрессивных пациентов мы встречаемся с существенными трудностями. Наши терапевтические усилия рано или поздно приводят к тому, что психодинамические констелляции с трудом поддаются объяснению и определению. Они похожи, но не идентичны тому, что происходит при шизофрении. Больные шизофренией не воспринимают

помощи извне, так как считают тех, кто пытается это сделать, чужими «по определению». То, что независимый от них объект хочет им помочь, не представляется им существенным, даже если этот объект любит их и был любим ими. Однажды вырвав этот объект из своего сердца, они не хотят рисковать и вновь устанавливать с ним отношения, несмотря на страстное желание этого. Такими же, но на другой основе, представляются отношения с объектом у депрессивного и маниакально-депрессивного больного. Он также не может благосклонно ответить на претензии «сверх-я» обладать им. Он не может сделать это потому, что его общая защита, имеющая отношение как к «внутренней», так и к «внешней политике», базируется на идеализации объекта и самоуничижении. Он имеет опыт того, что относительно стабильного и переносимого регулирования самооценки можно достичь лишь чрезвычайно мучительным и трудным путем. Только этот путь саморегуляции позволяет ему в течение длительного времени (свыше года) ограждать себя от катастрофических кризов. Напрасно психотерапевт пытается убедить пациента в том, что он весьма ценный человек и что, в конце концов, в его жизни все образуется. Пациент отклоняет такого рода оценки и всегда находит новые аргументы для подтверждения своей несостоятельности и греховности.

Такого рода «диспуты» между психотерапевтом и пациентом иногда приобретают гротескный характер. Так, в частности, обстояло дело с одной юной гречанкой (дочерью гастарбайтера), которая сдала экзамены за курс гимназии с выдающимися результатами и отстояла свое право обучаться медицине. Она говорила о том, что все ее успехи и достижения — это лишь «видимость», что в действительности она глупа, бездарна, ленива и нерешительна. Такое поведение пациентки казалось тем более абсурдным, что она испытывала необходимость утверждать все это публично. Мы не можем со всеми техническими подробностями описать наши терапевтические усилия по преодолению этих трудностей. Центральным представляется то обстоятельство, что в период длительной терапевтической взаимосвязи пациент получает возможность общаться со своим (приобретенным вследствие переноса) «родителем» (психотерапевтом) и со своим «сверх-я» и постепенно апробировать альтернативную регуляцию самооценки даже за пределами терапии.

Терапевтически важным представляется не столько интерпретация описанного процесса, сколько тот новый опыт, который приобретает пациент.

• Экскурс 3. Связь представленной модели с понятиями «симбиоз» и «оралитет»

Оба понятия — симбиоз и оралитет — занимают центральное место в рассуждениях психоаналитических авторов, занимающихся психодинамикой депрессий. До сих пор мы лишь косвенным образом использовали эти понятия. Однако пренебрежение этими аспектами представляется недопустимым.

Симбиоз

Маргарет Малер ставит депрессию во взаимосвязь с фиксацией в симбиотической фазе. Я предполагаю, что ее размышления о депрессиях, по большей части, относятся к особой группе анаклитических депрессий. Эти депрессии покинутых в больнице грудных детей, депрессии, вызванные отказом матери от своего маленького ребенка, выявляются не так уж редко и у взрослых, чувствующих себя заброшенными и одинокими. Такие депрессии характеризуются недостаточностью «большого я» и «сверх-я». Мы считаем, что эта группа депрессий отличается от истинной меланхолии, и рассматриваем ее как особый вид депрессий. Депрессивный аффект, разумеется, сигнализирует

также об экстремальном, угнетающем внутрипсихическом тупике (который развивается иным путем, нежели при невротической депрессии и меланхолии).

Оралитет

Когда я говорю о центральном значении интроективного процесса при депрессии, это тесным образом связано с выделением значения оральной модальности — «получение» и «прием» (материнского молока). Интроекция как психическая функция развивается из инкорпорации (то есть включения в состав своего тела), она означает развитие в обратном направлении. Для маленького ребенка в оральной фазе его развития нарциссическая подпитка и питание (молоком матери) нерасторжимы. Это же происходит в тех случаях, которые мы определяем как очень выраженное регрессивное развитие до степени орального суррогата удовлетворения при нарциссических обидах. Такой процесс напоминает то, как маленький ребенок в подобных ситуациях сует себе в рот большой палец (некоторые взрослые в соответствующих случаях пользуются сигаретой). То, что на более позднем этапе называется нарциссической подпиткой, на ранних стадиях развития находится в тесной связи с питанием. Отказ от орального удовлетворения (ритуализированный пост или голод) занимает в норме, в частности при выполнении религиозных обрядов, достаточно большое место. Пост или ритуальное голодание получают одобрение и вознаграждаются (идеализированными родителями или Богом).

В этой связи достойно внимания поведение пациентов при нарушениях питания. Одна дама со странным стремлением похудеть, проходившая у меня лечение, очень гордилась тем, что она «ничего не ест». Она испытывала при этом нарциссическое удовлетворение и с презрением отзывалась о толстой даме, которая постоянно во второй половине дня предлагала ей торт со сливками. У этой пациентки после того, как миновало влечение к похуданию, развилась депрессия.

При ожирении, наоборот, избавление от депрессии происходит через оральную компенсацию. По всей вероятности, это относится и к анаклитической депрессии. Саморазрушительные аспекты ожирения (повышенного аппетита), которые обычно скрываются, содержат компоненты проблемы виновности и наказания самого себя.

При булимии речь идет о том, что пациенты недостаток инкорпорации «искупают» (возмещают, компенсируют) путем массивной экскорпорации, чем, вероятно, замещают или ограничивают развитие депрессивного психоза. Психоаналитик Зейдель (Гамбург, личное сообщение) считает, что у депрессивных пациентов достаточно регулярно возникают претензии на то, чтобы им оказывали повышенное внимание, помогали и доставляли удовольствия как плату за то, что они до этого «оборонялись» от «оральной алчности» (то есть повышенного влечения к пище). В общей сложности я не вижу никакого противоречия между концепцией оралитета (включая исследования первого поколения психоаналитиков) и моими собственными взглядами на депрессии, так как ранние стадии развития нарциссической подпитки и орального удовлетворения, по крайней мере частично, совпадают.

Личностные расстройства

Психодинамические и психоаналитические аспекты

То, что называется расстройствами личности (personality disorder по Международной классификации болезней), не имеет четкого определения, как подчеркивает Толле: «Это не только новое словосочетание, которое заменило прежнее понятие психопатии. Расстройства личности, или личностные расстройства (personality disorder) в соответствии с одной из концепций существенно отличаются от традиционного учения о психопатиях. Они включают в себя, помимо так называемых отклоняющихся от нормы или патологических личностей, и характерологические расстройства. Некоторые авторы относят сюда также расстройства поведения при эпилепсии и органических психозах и личностные изменения после шизофренических и аффективных психозов» (S. 153).

Если продолжить эти рассуждения и расширить спектр личностных расстройств, то сюда можно отнести всю психиатрическую диагностику. Придерживаясь одного масштаба, можно ли свести личностное расстройство к диагнозу, или это только синдромологическое понятие? Даже если эти сомнения разрешены (например, «депрессивный психоз у первично астенической или первично ананкастической личности»), то возникает вопрос, является ли это дополнительным состоянием (например, первично ананкастическая личность плюс психоз) или, по крайней мере с глубиннопсихологической или динамической точки зрения, эти клинические понятия состоят в генетической взаимосвязи или в связи с психологическими аспектами развития?

Для ответа на эти вопросы мы должны прибегнуть к психодинамическим рассуждениям. Даже на первый взгляд видно, как трудно решить запутанные вопросы о том, какие психодинамическое констелляции, какие клинические картины и симптомы, какие нарушения развития и какие конфликты относятся к понятию так называемых личностных расстройств. Проще решается вопрос относительно ананкастических и истерических личностных расстройств, которые психодинамически расцениваются как неврозы характера (характер-неврозы). Это вовсе не означает, что личностное расстройство понимается как невроз характера и вообще как невроз. Напротив, большая часть так называемых личностных расстройств относится к трудноопределимой области, которая не имеет отношения ни к невротическим, ни к психотическим расстройствам.

С.О. Гоффман в своей монографии о характере и неврозе (1979) глубоко исследовал связь между этими двумя понятиями. Он установил, что в 60—70-е годы, особенно в США, стала распространяться тенденция к выравниванию различий между и психопатией и неврозом. Критикуя эту позицию, он ссылался на Купера. «Неврозы и психопатии могут иметь много общего, — писал Купер, — однако переживаемые людьми конфликты, исходящие из влечений, тип реакции, функционирование „я" и дефицитарность „сверх-я" отличаются друг от друга. Основным пунктом различия между невротиками и психопатами являются их конфликты».

Я хочу показать, что хотя критика справедлива даже в отношении приравнивания характер-невроза к психопатиям, в конечном счете между ними нет реального психодинамического различия. Перед тем как заняться трудным психодинамическим разъяснением понятия «личностные расстройства», я хочу кратко показать, насколько безграничным выглядит описательное психиатрическое распределение и классификация этих расстройств.

Различные авторы, от Курта Шнайдера до классификации болезней DSM-III (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), предлагали различные категории описательных уровней этих расстройств. Они известны как:

• гипертимные (или циклотимные)
• фанатичные
• параноидные
• шизоидные
• шизотипические (между психозом и пограничными расстройствами)
• жаждущие признания (истерические, привязчивые)
• неуверенные в себе
• астенические
• избегающие страхов (avoidant)
• ананкасты (компульсивные)
• возбудимые (эксплозивные)
• социопаты (анти- и диссоциальные)
• психопатические личности в узком смысле слова

Я расскажу о двух конкретных случаях, чтобы задать вопрос, есть ли основание отнести их к этой описательной классификации.

• Пациент Д.

Этого человека нельзя охарактеризовать коротко двумя-тремя словами. Его можно назвать усердным, добросовестным, склонным к навязчивостям и одновременно фанатичным, возбудимым и несколько извращенным мужчиной, который трогательно заботился о своей семье и был, в конечном счете, милым, любезным и симпатичным человеком.

Будучи высокопоставленным служащим страхового общества, он посетил меня, так как чувствовал, что в буквальном смысле может «взорваться». Он часто посещал предприятие, так как имел на это право, и нередко бывал разъярен и взбешен «разгильдяйством» некоторых сотрудников. Он делал им замечания и «ставил их на место». В связи с этим он боялся, что его могут убить. Особое раздражение у него, по его словам, вызывал г-н Т. Именно поэтому по отношению к этому господину он должен был быть особенно корректным и осторожным. Это смешение раздражения, навязчивого стремления к законченности и порядку, усилий быть справедливым и едва сдерживаемой нарциссической ярости достойно особого внимания.

Я не предложил пациенту психоаналитического лечения (для этого не было ни соответствующего места, ни соответствующей мотивации и времени) не только в связи с конкретной ситуацией, но и из принципиальных соображений. Я видел, что в период длительных перерывов между собеседованиями его ярость ослабевает. Он высоко ценил мой неослабевающий интерес к нему и говорил, что с каждой неделей становится все более спокойным. Он приходил ко мне в течение года раз восемь-десять.

Такое своеобразное лечение (один из вариантов психодинамической терапии по Аннемари Дюрссен) было действительно успешным. Пациент постепенно «познавал самого себя», его возбудимость и фанатизм уменьшились, он мог не только без всяких инцидентов ежедневно работать, но и поддерживать семейные отношения. У него не осталось даже легких следов депрессии, он вообще недоумевал, почему ранее обращался ко мне. Постепенно он стал более доверчивым, мог осознать разнообразие имевшихся у него расстройств и рассказать о них. Диагностика не может охватить всего разнообразия его личностных особенностей.

1. Он был возбудимым, нарциссичным и чрезвычайно обидчивым человеком.

2. Он был фанатиком справедливости и «полицейским» по отношению к самому себе, если допускал несправедливость. Он любил вмешиваться в чужие дела. При дорожно-транспортных происшествиях, например, даже если они непосредственно его не касались, он выходил из своей машины и добивался того, чтобы нарушитель правил был наказан.

3. Он исключительно внимательный и прозорливый руководитель, который заботится о своих подчиненных, называющих его справедливым господином. Это относится и к его жене и детям.

4. Он работает с немыслимой точностью, педантичен и исключительно работоспособен.

5. Он имеет очень определенные установки в отношении политики, государства, общества (разумеется, чрезвычайно консервативные), но одновременно проявляет готовность к помощи и является милым, доброжелательным и, к тому же, очень эрудированным человеком.

6. Я еще раньше знал, что у него было некоторое садистически окрашенное хобби. Он интересовался женской борьбой, демонстрацией мышечной силы и т. д. Вследствие этого у него постоянно возникали трудности и конфликты во взаимоотношениях с женой, которая испытывала страстную потребность в нежности и не допускала каких-либо силовых приемов.

Что можем мы сказать об этом человеке в терминах описательной психиатрии? Он фанатик или возбудимый психопат? Он кверулянт, ананкастическая (навязчивая) личность, садист, нарциссически депрессивная личность или все это вместе взятое? И как это возможно, что такой человек способен на теплые чувства, на него можно положиться, а иногда он даже может быть вдумчивым и самокритичным?

• Пациент Н.

Господин Н. — крупный, жизнелюбивый, гипертимный или (и) истероидный, несколько хвастливый, но также и депрессивный человек с псевдосуицидальными и даже подлинно суицидальными намерениями.

Этот весьма благополучный коммерсант в течение длительного времени сообщал о своих суицидальных намерениях. Однажды он ушел из дома, что вызвав панику у своей жены. Она почувствовала беспокойство после того, как нашла в ящике письменного стола заранее подготовленную «посмертную» записку, предназначенную ей. На следующий день он сообщил ей по телефону, что считает возможным вернуться домой.

В том, что он нагнал страху на жену, в разговоре со мной Н. признаваться не хотел. Он выглядел осознающим свой долг человеком, проявляющим заботу обо всех. С этим пациентом я виделся только один раз. Во время нашего собеседования он часто внезапно вскакивал со своего места и расхаживал из одного угла комнаты в другой, как фельдмаршал. Кроме того, он излагал свои мысли в форме афоризмов. Я с трудом сдерживался от чувств, связанных с переносом. Однако, как только я попросил его «прекратить представление», он занял свое место, стал внимательным и не пытался прервать или прекратить лечение.

В обоих случаях терапевтическая цель была достигнута. Здесь, однако, речь идет не столько о терапии, сколько о диагностическом распределении (классификации).

В большинстве случаев возможно отличить истерический красочный характер от гипертимно-неустойчивого. Для истерика типичны процессы вытеснения и фантастической инсценировки, для гипертимика — игнорирование реальности и хвастовство, грубое отстаивание своего всемогущества с чувством истинной убежденности. Истерик обманывает и своей игрой стремится ослепить «сверх-я», гипертимик держит себя естественно, как будто иначе и быть не может, он работает только со своим «большим я». Все это требует психодинамического рассмотрения.

Каким представляется этот пациент в чисто описательном плане? Как и в первом случае, здесь чрезвычайно тяжело точно сформулировать диагноз. Кроме того, следует сказать, что спустя много лет я узнал, что через четыре или пять лет после нашей кратковременной встречи он предпринял серьезную суицидальную попытку. Таким образом, мы можем сказать, что описательные рамки служат разве что для первоначальной ориентировки. Даже в применяемой классификации DSM-III используются весьма многообразные определения от чисто описательных до образных. Такое неустойчивое многообразие не может быть осмыслено без психодинамического подхода. Мы также убеждены в том, что расстройства личности не являются просто вариантом невроза характера. Что же из этого следует?

Для того чтобы ответить на эти вопросы, я попытаюсь изобразить общие рамки, внутри которых можно распре-* делить эмпирически наблюдаемые психические расстройства с точки зрения психодинамики.

• Трехмерная модель

В другой работе (Mentzos, 1982) я изложил соображения, на основании которых мы можем представить по крайней мере три измерения, охватывающие психические расстройства. В каждом конкретном случае мы должны попытаться внести ясность, во первых, в отношении качеств «я» (стабильность границ «я, степень интеграции и связности), во-вторых, относительно типа основного конфликта и, в-третьих, относительно характера патологической переработки этого конфликта. Производное этих трех критериев и то, как они проявляются, определяют различия между неврозами, психозами и теми расстройствами, которые расположены в этом диапазоне (между неврозами и психозами).

О психозах мы говорим тогда, когда «я» сформировано недостаточно, когда «я» и «не я» недостаточно четко отличаются друг от друга, когда важная задача психологии развития субъект-объектного разделения не может адекватно решиться (то есть остается неразрешенным противостояние между нарциссическими тенденциями и тенденциями слияния), а также когда примитивные, грубые защитные и компенсаторные механизмы (такие, как бред и галлюцинации) стоят на первом плане (это относится и к третьему критерию — характеру переработки конфликта).

В противоположность этому, мы говорим о неврозах, когда границы «я», интеграция и целостность «я» хорошо выражены, когда внутрипсихическое напряжение является следствием зрелого конфликта, когда защита и переработка этого конфликта используют зрелые защитные механизмы.

Мы не касаемся вопросов этиологии, так как описанная слабость «я» при психозах может быть обусловлена как органическим поражением головного мозга, так и психогенетически. Мы также знаем, что при психоневрозах большую роль играют биологические и институциональные факторы.

Между этими двумя группами психозов и неврозов, собственно, и располагается срединная группа расстройств, которая ни в описательном, ни в психодинамическом отношении не принадлежит к психозам или неврозам. Сюда относятся не только пограничные пациенты в узком смысле этого слова, но также большое количество клинических картин таких заболеваний, которые мы называем «атипичной истерией» или «злокачественной истерией», латентным психозом, психическим коррелятом многих психосоматозов и, особенно, большая часть интересующих нас так называемых личностных расстройств.

Мы часто обращаем внимание на то, что между некоторыми синдромами и симптомами иногда возникают альтернативные отношения, как, например, между ипохондрической и параноидной симптоматикой, психотическими эпизодами и приступами нейродермита, депрессией и булимией. Речь, однако, идет не о статичной, а о

динамической модели, в рамках которой единичные симптомы не только различаются между собой по качеству и интенсивности, но могут прекращаться или возникать вновь под влиянием обстоятельств и не соответствовать привычному стереотипу в своей последовательности и взаимосвязи.

• Попытка графического представления трехмерной диагностической модели

Упомянутые три диагностических измерения (структура, тип конфликта, характер переработки) можно изобразить как трехмерный континуум (рис. 1), на котором ось П представляет различные защитные механизмы, составленные из типа переработки; ось С — последовательность развития соответствующих внутрипсихических структур от 1 года до 18 лет жизни; и, наконец, ось К представляет соответствующие фазы значимых задач, многие из которых разрешаются при преходящем противоречивом их столкновении, но часто (при одностороннем псевдоразрешении) остаются нерешенными и могут привести к застреванию конфликта.

На рис. 2 представлено распределение различных клинических картин в соответствии с трехмерной моделью. Защитные механизмы и постепенно возникающие структуры упомянуты на этом рисунке лишь кратко, а типы конфликтов и вовсе не представлены, чтобы не усложнять график. Шизофренные психозы занимают левое и переднее поле и имеют во всех трех осях низкие показатели. Несколько правее с ними соприкасаются пограничные состояния, под ними (вследствие параноидных механизмов) и много правее (вследствие проблематики самооценки) располагаются шизоаффективные психозы. Справа вверху и в глубине располагается классическая истерия, несколько левее — неврозы навязчивостей, еще левее и несколько впереди (вследствие сниженной оценки по

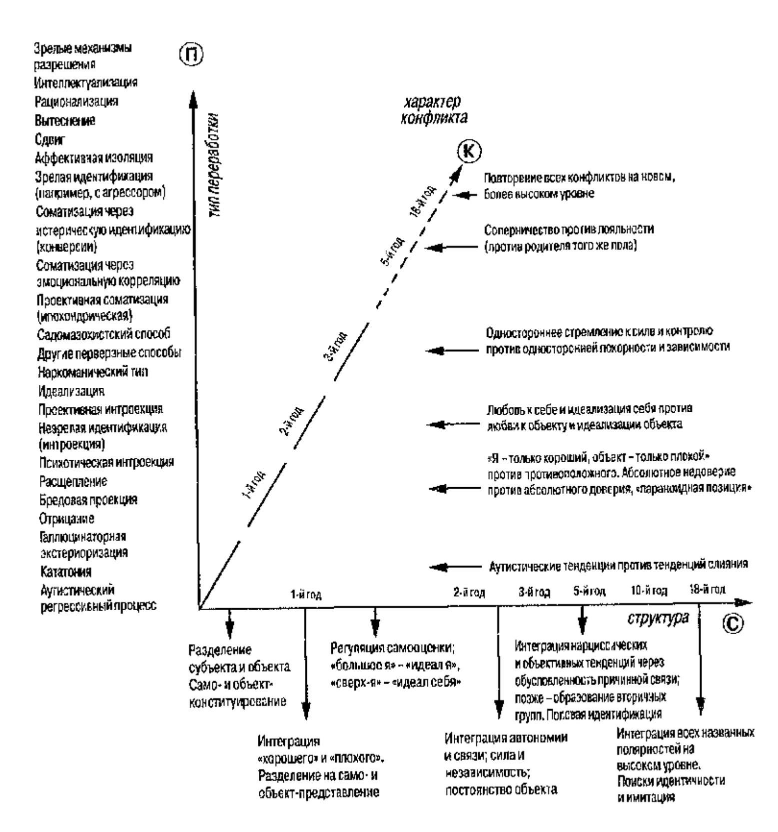
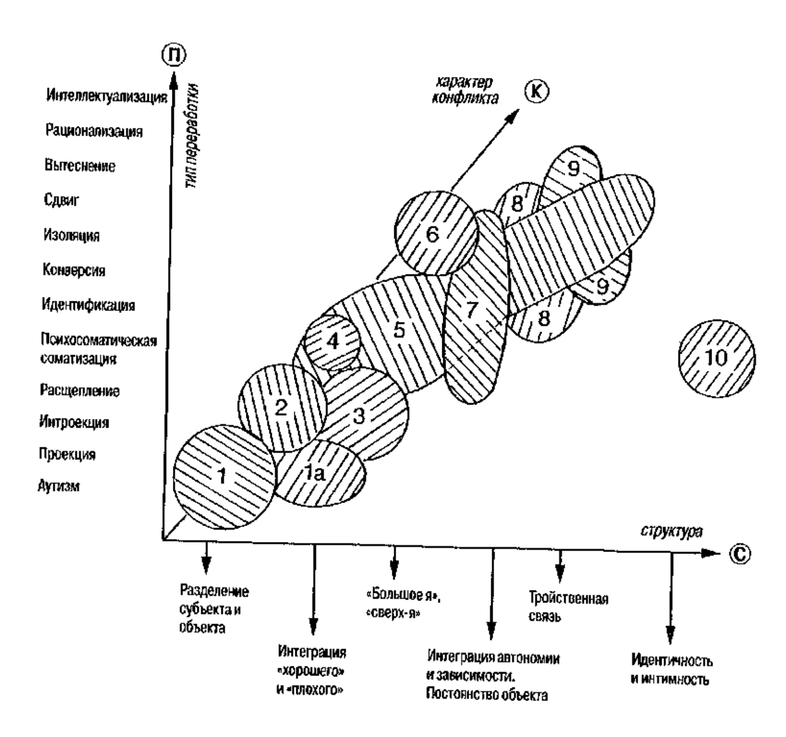


Рис. 1. Трехмерная модель психодинамики психических расстройств

шкале К) — неврозы страха. Злокачественная истерия и, следовательно, относительно «ранние» конфликты с истерическим механизмом при относительно когерентном ядре «я» располагаются почти в середине трехмерного континуума, тогда как панические состояния с тенденцией к соматизации у людей с нормальным развитием в экстремальной стрессовой ситуации располагаются справа и внизу (благодаря незрелости переработки). Здесь учтена большая область личностных расстройств, которые включают нар-



1. Шизофренные психозы
1а. Шизоаффективные психозы
2. Пограничные состояния
3. Аффективные психозы
4. Психопатии в узком смысле слова
5. Личностные расстройства, нарциссические расстройства, характер-неврозы
6. Злокачественная истерия
7. Неврозы страха
8. Неврозы навязчивостей
9. Истерия
10. Паника и соматизация в норме при экстремальных стрессовых ситуациях

Рис. 2. Распределение различных клинических картин в трехмерной модели (модель переработки, структура, конфликт)

циссические расстройства в узком смысле слова и характерологические психоневрозы. Большой разброс соответствует реальной неспецифичности этих диагностических категорий. Психопатии в узком смысле этого слова располагаются внутри личностных расстройств на максимально низко расположенном полюсе.

Разброс, подобный личностным расстройствам, наблюдается и при психосоматических расстройствах (не представленных в этих рисунках, так как лица, страдающие ими, по типам различных структур и по характеру возникающих конфликтов отличаются лишь тем, что эти конфликты соматизированы).

• Формирование симптомов и характера

Вначале вызывает удивление то обстоятельство, что внутри этой модели психических расстройств между симптомами психического расстройства, нарушением поведения при нем и характером не существует общей позиции.

Исходя из представленной модели, можно сделать важные выводы о том, что психическое расстройство по-разному проявляет себя в симптомах, поведении и характере, что вытекает из их психодинамики. Хотя в основе этого расстройства может лежать один и тот же конфликт, структуральная недостаточность и способ переработки конфликта могут быть разными, что проявляется в различных симптомах. На графике это представлено пересечением симптомов и форм клинических проявлений.

Исходя из этих установок, мы можем попытаться расширить известную дифференциацию между характер-неврозом и симптом-неврозом (неврозом характера и симптоматическим неврозом) и, к тому же, включить сюда значительную часть личностных расстройств.

Давно известное различие между симптом-неврозом и характер-неврозом связано с расстройствами, которые мы

в нашей модели относим к «зрелой» области, расположенной справа вверху и значительно ниже. Сюда же относится преобладающая часть психоневрозов. Невротическая переработка конфликтов при любом психоневрозе — и это давно признанное положение — происходит двумя различными способами: либо путем возникновения симптомов, либо изменениями характера, а также типа поведения и переживаний, что в значительной степени является составной частью характера.

Для примера приведем различие между симптом-неврозом навязчивостей и характер-неврозом навязчивостей. Так называются состояния, при которых основной конфликт заключается в противостоянии между автономией и зависимостью, между послушанием и непослушанием (в их общности). Этот конфликт перерабатывается либо в форме защитного механизма, проявляющегося симптомами навязчивости и насильственности, либо с помощью других защитных механизмов, которые проявляются в чрезмерной любезности, сдерживаемой агрессивности, педантичной тщательности, скупости и т. д. Такие изменения характера, как и симптомы, являются составной частью или формой защитных механизмов, но в противоположность симптомам воспринимаются как синтонные, не чуждые «я». Изменения характера, если они слабо выражены, воспринимаются окружающими как относительно безобидные личностные варианты. Мы попытаемся дать определение только тем проявлениям, которые можно отнести к составной части характер-невроза.

Личностные расстройства лишь в незначительной части относят к такому неврозу характера (психоневрозу). В другой, значительной части они относятся к таким состояниям, которые мы определяем с помощью неблагозвучных психиатрических неологизмов, как, например, «характер-психоз», «пограничный характер», «характер-нарциссическое расстройство». «Характер» в соответствии с этими представлениями несет функцию прилагательного и означает прикладной способ переработки конфликта не через симптомы, а путем развития определенного склада ума и способа поведения. Эта концепция допускает (в нашей диагностической схеме) интеграцию таких связанных с характером расстройств (или личностных расстройств), которые соотносятся с манифестными (то есть проявляющимися через симптомы) расстройствами. Это объясняет бросающуюся в глаза комбинацию в составе синдрома симптоматологии и личностных расстройств.

Наконец, в составе психодинамического процесса иногда происходит чередование или взаимное исключение симптомов и изменений характера. Так, при возникновении депрессивного психоза нередко утрачивается значительная часть типичных для меланхолического типа (по Телленбаху) характерологических черт, или при возникновении мании открывается ряд других, не выявлявшихся ранее, позиций характера.

Характеризуя психодинамику так называемых «личностных расстройств», я предпочитаю уклониться от одностороннего описания способа переработки конфликта и на первое место поставить становление защитных механизмов. Наши графические иллюстрации помогают избегнуть односторонности й обратить внимание на такие измерения, как характер основного конфликта и структуральные свойства «я».

Рассматривая типы личностных расстройств с этой точки зрения, мы установили, что значительную их часть составляют так называемые нарциссические расстройства в узком смысле этого слова, соответствующие положениям Когута. Это связано с недостаточностью регуляции самооценки (при относительно сохранном ядре «я»).

В этой связи мы подошли к необходимости рассмотреть термин «нарциссизм» в его разнообразных значениях. В последнее время этот термин охотнее, чем в психодинамическом понимании, употребляется в чисто описательных рамках (как, например, в классификации болезней DSM-III). То, что мы называем нарциссическими расстройствами, относится к чрезмерному чувству собственной

ценности или исключительности, фантазированию о своих безграничных успехах, эксгибиционистической потребности вызывать удивление и в течение длительного времени привлекать внимание, характерным реакциям при возникновении угрозы самооценке в форме холодности, равнодушия, гнева, чувства унижения, стыда или пустоты, а также к нарушению межчеловеческих связей из-за эксплуатации, колебаний между крайностями идеализации и обесценивания, недостатка участия и (или) чувства нарциссического ожидания.

Психодинамические размышления, пожалуй, идут несколько дальше. В основе психоаналитического понятия патологического нарциссизма лежит понимание того, что «я» имеет негативный опыт столкновения с реальным объектом и отступления путем фантазирования и самовозвеличивания. Внутри этой конструкции фантазирование соответствует независимости от объекта, ибо без этого оно лишено какого-либо смысла. «В этой воображаемой (фантазируемой) независимости от помощи со стороны (в том числе и от психотерапевта) и состоит существенное отличие (нарциссических расстройств. — *СМ.)* от пограничных личностных расстройств (так же как и от остальных расстройств со склонностью к драматизации и театральности в классификации DSM-III), основанное на том, что пациент с пограничными расстройствами чувствует себя экстремальным образом зависимым от значимого объекта и относится к нему соответственно регрессивным, пассивно-ожидающим и привязчивым образом» (Kernberg, 1975, Masterson, 1981, цит. по Rohde-Dachser, 1986, S. 146).

И все же ни в коем случае нельзя относить все личностные расстройства (или даже большинство) к нарциссическим расстройствам в узком смысле (Когут), при которых имеется хорошо выраженное и устойчивое ядро личности. Случаи, при которых преходящие симптомы сменяются отчетливыми изменениями характера с психотическими расстройствами, отчетливо показывают, что за такого рода характерологическими расстройствами скрываются более глубокие поражения личности даже психотического масштаба.

Я хочу привести пример пациента с выраженным кверулянтским развитием, которое предотвратило возникновение истинного психоза, и пример пациента с навязчивым характером, у которого вследствие пережитого шока от внезапного происшествия развилось кратковременное ступорозное состояние.

В первом случае речь идет о 50-летнем мужчине, в отношении которого я должен был дать ответ на вопрос суда, может ли он после развода общаться или, по крайней мере, изредка посещать своих детей. Бросающееся в глаза поведение отца семейства делало проблематичным его общение с детьми. В течение года дело рассматривалось различными инстанциями. Он грубо, непристойно выражался при маленьких детях, направлял большое число писем неприличного содержания родственникам и знакомым, обвинял целый ряд судей в неправильном поведении и несправедливости и целые дни проводил, составляя многочисленные письма и заявления. С тяжелым сердцем на вопрос судьи я ответил, что не рекомендую разрешать ему общение с детьми.

Этот мужчина, как мы потом установили, 20 лет назад перенес галлюцинаторно-параноидный психоз, после чего у него постепенно развилось кверулянтство при четкой стабилизации бредового процесса. Психиатрическое лечение в течение этих лет не проводилось.

Размах его кверулянтских действий, вспыльчивость, агрессивность его подозрений (чаще всего выраженных в обвинениях), часто абсурдных, заставляли предполагать, что речь идет о психотических проявлениях. Такая «стабильная нестабильность», длящаяся после упомянутого психоза до настоящего времени, вызвало у меня мысль о том, что возникшие у него после психоза жалобы на преследования и притеснения в рамках кверулянтства, реально доступные и сравнительно правдоподобные, предотвращают бред преследования.

Второй пример касается 60-летнего учителя, знакомство с которым было случайным: он не был моим паци-

ентом. Кроме прочего, этот случай показывает, что анормальные личности и личностные расстройства чаще всего выявляются в случаях, выходящих за рамки привычных событий, или при необходимости выдачи медицинского заключения для суда. Это связано с тем, что люди с расстройствами личности не испытывают страданий и за исключением таких особых случаев не обращаются к врачу.

Этот 60-летний учитель недавно получил водительские права, чувствовал себя за рулем неуверенно и спросил меня, тогда молодого врача-ассистента, нет ли у меня желания вместе с ним поехать в Грецию. Он предоставил свой автомобиль в мое распоряжение и оплатил мне половину дорожных расходов при условии, что я смогу быть полезным как водитель или как внимательный помощник водителя с учетом его неопытности. Я не долго думая согласился, так как он слыл в обществе пунктуальным, педантичным, но приветливым и дружелюбным человеком.

Мы договорились, что я сменю его за рулем между Загребом и Белградом. Машина под его управлением двигалась со скоростью 100 км/час, когда внезапно две большие свиньи стали медленно переходить автобан на Белград. Имея достаточно времени, чтобы затормозить, он продолжал ехать с прежней скоростью даже после того, как задавил обеих свиней. При столкновении в воздух взлетела какая-то хромированная деталь. Остановился он, наконец, только по моему настоятельному требованию. Он не сказал ни слова даже после того, как я с помощью ручного тормоза остановил машину. Мне показалось, что он находился в субступорозном состоянии и не замечал меня. Лишь минуты через две он пришел в себя. Я сел за руль и вернулся к месту, где произошел несчастный случай. Невдалеке от этого места я заметил, как несколько крестьян оттаскивали свиней, а затем скрылись. Машина получила незначительное повреждение. Мы поехали дальше; само собой разумеется, что я не допускал его к управлению автомобилем.

На следующий день, находясь в южной части Югославии ближе к границе с Грецией, я так устал от длительной езды, что предложил ему снова сесть за руль. Через полчаса мы подъехали к повороту на автобусную остановку, где было множество выбоин. Машину стало подбрасывать, а мой спутник внезапно впал в странное состояние. Он громко закричал: «Колеса отлетели, колеса отлетели!» — при этом не останавливаясь. Прошло несколько минут, пока я смог его успокоить. Естественно, что остаток пути туда и обратно я провел за рулем.

Достойно внимания то обстоятельство, что этот господин представлял экстремальный пример ананкастической личности. Его педантизм и скупость были неописуемы. Он пользовался бритвенными лезвиями времен Второй мировой войны. Когда я после окончания нашего путешествия спросил его, что ему больше всего понравилось в Греции (мы, в частности, с особым удовольствием посетили Афины в начале и перед окончанием нашего путешествия), он прежде всего сказал, что туалетная бумага в отеле была отличной. Когда мы, наконец, вернулись домой, он сердечно поблагодарил меня, достал из кармана портмоне, вытащил оттуда 4 пфеннинга и сказал: «Я все время внимательно следил, чтобы наши расходы были распределены поровну, и установил, что должен Вам 4 пфеннинга».

С помощью этой курьезной истории я хотел показать, что происходящая иногда при личностных расстройствах смена симптомов не всегда укладывается в клиническую картину обострений с типичной для данного расстройства симптоматикой, но может проявляться и в форме более глубокой степени поражения, близкой к психозу или даже относящейся к преходящему психозу. Этот учитель никогда не лечился у психиатра.

в Психодинамическая концепция психопатии в узком смысле слова

В рамках изложенных выше принципиальных представлений о личностных расстройствах мы не имели возможно-

сти подробно говорить о каждой их разновидности. Здесь я хочу остановиться на социопатии, или диссоциативных личностных расстройствах. Прежде всего, эта группа определяется не только психопатологическими, но также психосоциальными и социальными факторами, играющими решающую роль. Рассмотрим небольшую подгруппу расстройств, относительно хорошо отграниченную, которую психодинамически ориентированные авторы парадоксальным образом определяют как «психопатию в узком смысле слова» (Meloy, 1988). Психодинамический термин «психопатия» относится к лицам с агрессивно-диссоциальным поведением. Модель такого понимания основана, прежде всего, на теории связи с объектом и теории само- и объект-представления. Мелой в своей монографии дал краткое описание этой проблемы. Фрейд мало высказывался и писал о психопатии. Эйхгорн (1925) дал новый импульс учению о психопатии, введя понятие «недостатка ранней идентификации», в связи с которым у лиц с психопатией не развиваются определенные внутрипсихические структуры. Виттельс (1937), Каплан (1941), Леви (1951) выдвинули не очень убедительную гипотезу, ориентированную преимущественно на инстинктивную деятельность. Из названных авторов только Леви предвосхитил некоторые положения теории связи с объектом. Клекли (1941) оценивал эти расстройства как болезнь «я» и говорил о наличии у этих пациентов «скрытого психоза».

Фенихель (1945) писал о нарциссической «ране» этих людей, скрывающейся за отрицанием принятых социальных норм. Райх (1945) описывал своеобразную «заносчивость психопатов», служащую прикрытием нарциссической «раны».

Эйслер (1949) связывал постоянную взрывчатость и агрессивность психопатов с их попыткой спасти самооценку и сохранить способность к восприятию реальности.

Шмидеберг (1949) ставил недостаточность эмоциональных контактов и идентификации у психопатов во взаимосвязь с неудовлетворительным развитием и выраженностью «сверх-я» (его силы и гибкости).

Приверженцы теории связи с объектом описывают психопатологическое состояние, которое в последнее время обозначается общим термином «психопатия», как тяжелый вариант нарциссического личностного расстройства (Гротштейн, 1978, 1980; Майснер, 1978; Фолкан, 1976; наконец, в наиболее систематизированном виде эта теория представлена у Мелоя, 1988).

В какой мере структуральные расстройства у нарциссических личностей вообще и при психопатии в особенности отличаются от соответствующих расстройств при пограничных состояниях?

В отношении внутрипсихической структуры речь идет о том (Meloy, 1988), что у нарциссических личностей, и в особенности при пограничных расстройствах, существует интегрированное, но нереализованное и потому патологическое «большое я». Разумеется, у нарциссических личностей «идеал я» не может интегрироваться со «сверх-я». Это относится и ко всем нарциссическим расстройствам.

Для психопатического характера существенной является лежащая в его основе ранняя элементарная идентификация с агрессором вследствие отказа от представления объекта как заботливого, доброго (с которым можно было бы идентифицироваться). Заслуживает внимания то обстоятельство, что внешне «психопаты» (за исключением явных уголовников) обладают относительно лучшей социальной приспособленностью, чем пограничные пациенты. Очевидно, такой способ «псевдоприспособленности» приносит им иногда истинное удовольствие.

При психопатиях в узком смысле слова вместо идентификации с «хорошим» объектом происходит обратное — идентификация с «плохим» и «чуждым» (Штраугер) «я»-объектом (Гротштейн). Под этим подразумевается способ враждебного фантазирования, касающегося не только окружающих, но и самого себя. У пограничных пациентов все происходит иначе — «плохая интроекция» в состоя-

нии неинтегрированности их страшит и постоянно проецируется вовне; идентификации с ней не наступает.

Краткий набросок психодинамики психопатий в узком смысле может быть использован при работе с тяжелыми антисоциальными психопатами. Это своеобразные люди, лишенные совести и способности любить, холодные, с презрением относящиеся к окружающим и характеризующиеся интенсивной агрессивностью. Оригинальность этой психодинамической концепции состоит в следующем: развитие антисоциальной психопатии не может быть определено только таким негативным определением, как недостаточность формирования «сверх-я». Здесь речь идет не столько о недостаточности формирования «сверх-я», сколько о преимущественной его замене на примитивную элементарную идентификацию со «злом» (или, в сущности, с агрессором в его элементарной и архаичной форме).

Обращает на себя внимание то, что границы «я» у этих лиц относительно хорошо выражены, что отличает их от больных с психозами. В связи с этим такого рода патология, сколь бы она ни была тяжела, в общем представляет «более высокий уровень» по сравнению с психотическими или пограничными пациентами. Такая оценка, с определенной точки зрения, вызывает скептическое недоумение. Это связано с тем, что «психопатических личностей» лечить труднее, чем лиц с пограничными расстройствами и психозами. Мы знаем также, что в спонтанном контрпереносе пограничные пациенты и психотики воспринимаются нередко как симпатичные и «человечные».

Я полагаю, что такое чисто эмоциональное, спонтанное восприятие интуитивно правильной установки заключается в следующем: пограничный пациент постоянно раскачивается с амплитудой в 180 градусов между позитивным и негативным в своей само- и объект-оценке. Их представление себя и объекта меняется от абсолютно хорошего до абсолютно плохого. В этих своих переменах, в альтернативности они остаются совершенно откровенными. Так называемый психопат, напротив (по-видимому, вследствие неблагоприятного опыта общения с первичной персоной связи), во всех случаях, как говорится, определен. Он приобретает нарциссическую манеру поведения, которой внутренне присуще осуждение объекта, презрение к нему и даже возможность его разрушения. Да, можно с сожалением утверждать, что пограничные пациенты и даже психотики, как это ни парадоксально звучит, обладают большей степенью свободы, чем истинные психопаты или даже пациенты с тяжелым неврозом характера, а также так называемые «здоровые», чья психическая стабильность основана на нарастающей односторонности и узости. В этой связи я хочу спросить: «лучше или хуже» хаотические пограничные или психотические пациенты, чем пациенты с характерологическими расстройствами или так называемые «здоровые», не способные ни к идентификаторному, ни к проективному обмену, ни к продуктивной интериоризации и экстериоризации. Быть может, они тоже патологичны? Это, однако, чисто философский вопрос. Я хочу лишь кратко обобщить: во-первых, наши критерии и предубеждения в отношении нормы сомнительны и, во-вторых, определенные реакции контрпереноса при общении с различными группами пациентов делают эти критерии несколько более понятными.

Связь между внутрипсихическим и институциональным принуждением

Мы рассматриваем человека как максимально открытую систему, в норме располагающую широким спектром степеней свободы. Болезнь, и в особенности психическое заболевание, можно рассматривать как состояние, при котором большая часть этих степеней свободы утрачивается. При этом значительная часть переживаний и способов поведения, способностей и дарований не могут быть адекватно использованы, а процесс принятия решений и возможность противостоять определенным обстоятельствам или избежать их существенно затруднены. Мир невротика с навязчивыми и насильственными проявлениями ограничен ритуалами. У больных шизофренией в связи с нарциссическим регрессом и негативизмом ограничена возможность переживать и действовать.

При психическом расстройстве возникает значительное ограничение «я». Такое уменьшение свободы особенно четко выявляется при сопоставлении с переживаниями и отношениями, имевшими место до болезни. Защитные и оборонительные реакции, которые, в основном, вызваны болезненными расстройствами, при повторении выглядят вынужденными, принужденными. Упрямо повторяются застывшие формы реагирования, что типично не только для невроза навязчивостей, наркоманов, лиц с перверзиями, но и практически для всех других психоневротических, психосоматических и психотических комплексов симптомов, сопровождающихся независимыми от воли, насильственными процессами.

Верно ли такое впечатление? И если да, то обоснованно ли мнение, что такая утрата свободы, принужденность является ядром, центральной характеристикой психических расстройств? Или, с практической точки зрения, такая несвобода преобладает в страданиях пациента? И возможно ли избавление от этой принужденности?

Клинический опыт свидетельствует, скорее, против этого. Пациент приходит к психиатру (психотерапевту), чаще всего, не потому, что страдает от принужденности, но из-за страха — от угнетенности, подавленности, ощущения покинутости, чувства раздвоения и противоречивости, страдания от внутренней обедненности, страха смерти, собственной слабости, ничтожества и никчемности. Эти состояния преобладают в субъективной картине переживаний и передаются словами, которые мы слышим гораздо чаще, чем жалобы на навязчивые симптомы и связанную с ними несвободу. Это вовсе не означает, что внешнее впечатление о явлениях несвободы и принуждения у пациента не соответствует клинической реальности. Больные считают принуждение и несвободу той ценой, которой они расплачиваются за свою борьбу против другого, худшего зла. И мне кажется, что они правы. И мы интуитивно правильно трактуем картину принуждения как механизм, направленный на преодоление этих субъективных болезненных состояний.

Как объяснить, почему невротики с навязчивостями, высказывающие осознанное желание освободиться от них, и больные шизофренией, осознающие, что испытывают

слуховые галлюцинации, и желающие избавиться от них, одновременно с этим «цепляются» за свои болезненные симптомы? Навязчивые ритуалы реализуются, галлюцинаторные «голоса» соответствующим образом переживаются и отражаются на поведении; принужденность, автоматизмы возникают «потому что это нужно». Все это возвращает нас к тяжелой проблеме: необходимо или не необходимо насилие? Обсуждение этой темы я хочу отложить, с тем чтобы вначале обсудить проблемы насилия, исходящего из общественных институтов.

• Насилие в обществе

Общественный институт — это стабильный, относительно долгоживущий образец структурирования человеческих отношений. Правила, требующие однообразия различных человеческих отношений, которые мы называем общественным институтом, мы можем понимать как замену недостающего (или отсутствующего) инстинкта, стимулирующую совместную общественную жизнь людей и снимающую с них ответственность за принятие решений (Гелен)[1]. Эти правила могут сознательно использоваться для подавления и насильственных предписаний. Процесс, благодаря которому (сначала в отдельных случаях и спонтанно) появляется потребность и интерес к общим оценкам и который при повторении приводит к определенным целям, называется институциализацией. Институциализация проистекает не из мотивации, как некоторые считают, а из осознания реальной биопсихической ситуации, в которой находится человек с его возникающими потребностями. В связи с этим институциализация может быть источником невротизации. Последняя связана не только с действием множества неосознанных мотиваций, но является частью защитных или компенсаторных механизмов. Следовательно, внешняя нагрузка или внутренние конфликты приводят в действие такие механизмы, как вытеснение, расщепление, проекция, интроекция. Эти механизмы тем более эффективны, чем более они приближены к реальности и привязаны к ней. Проекция негативной части «я» удается тем легче и является тем стабильнее, чем больше она соединена с «плохим» объектом.

[1] Быть может — и это нужно расценивать как критику точки зрения Гелена —- лучше говорить не о недостаточности инстинкта, а об ослаблении принудительного характера инстинктивной деятельности, ослаблении, которое, очевидно, имеет позитивное качество и служит целям становления человеческого общества.

То, что общественные институты служат такому соединению с объектом и воспринимаются как человеческая потребность, совершенно очевидно. Мы видим, что нередко такое соединение между общественным и индивидуальным реализуется через непрямое насилие. Мы рассматриваем это как существенную часть неосознанного влияния на индивидуум, особенно в случаях специфических форм патологической психосоциальной организации. При этом общественным институтам противостоят описанные выше защитные механизмы и (или) невротические, так называемые эрзац-потребности. Внутри общественных институтов наряду с целесообразными и осознанными силовыми функциями и «услугами», предоставленными индивидууму, реализуется гарантия достаточно жесткой стабилизации его жизнедеятельности. Вырваться из этого дьявольского капкана, в котором оказывается индивидуум, удается ценой больших усилий.

Столь сложные взаимосвязи я хочу проиллюстрировать на примере одного общественного института, который нам хорошо известен в своих позитивных и негативных оттенках и в значительной степени затрагивает каждого из нас. Речь идет об институте психиатрической помощи и даже конкретно о психиатрической клинике. Выбор примера рискован, поскольку может вызвать либо досаду, либо фальшивые аплодисменты. Я, однако, полагаю, что такой пример, затрагивающий каждого из нас, призван

возбудить наши познавательные устремления для понимания происходящих процессов и направлен на объединение наших усилий.

Осознанное и целенаправленное злоупотребление психиатрией в форме психиатрической экспансии, имевшее место в течение определенного времени в Советском Союзе (а также и в других странах), столь ужасно, грубо и бесчеловечно, что для негативной оценки этого явления не хватает слов. Другие, скрытые, структурированные обществом и его институтами формы подавления, насилия и враждебных установок породили в 60-70-е годы XX века общественное антипсихиатрическое движение. Противники психиатрических учреждений протестовали против всеобщей институализации и против заимствованного из «медицины органов» отношения к пациенту как к «объекту». Высказывалось мнение о недопустимости многих известных организационных структур в области психиатрии как патогенных и применяющих насилие. С того времени в этой области кое-что изменилось, но этого, разумеется, недостаточно.

Коснемся такого проявления насилия, которое связано с различием индивидуальных потребностей и интересов данной организации. Это противоречие воспринимается молчаливо, как само собой разумеющееся, но редко бывает привлекательным. Лишь небольшое число авторов в последние 50 лет описывают социальную систему как защиту от депрессии и страха преследования. Например, Леллау (цит. по Лейшнеру) с сотрудниками использовали психиатрические учреждения для лечения юношей с угрозой наркозависимости, применяя коллективные формы инстинктивной защиты и защиты от нарциссизма («исцеление в симбиотическом единении»).

Дальше пошел Лейшнер в своей интересной работе «Психиатрическое учреждение — институализированная защитная система». В ней он рассказывает о своем опыте во время одной из фаз создания психиатрического городка-сателлита при одном из земельных психиатрических учреждений. В этот период там возникла социально-психиатрическая общность, сознательно отказывающаяся от классических механизмов лечения. Это привело к развитию выраженного патологического группового процесса, при котором не только возникали конфликты между пациентами, но появлялась угроза вовлечения в этот безумный водоворот и сотрудников. В конечном счете невыносимая для сотрудников путаница исчезала и в процессе взаимодействия возникала новая структура, как компромисс между желанием защитить бюрократию и намерением создать новые институциональные формы психотерапии. В результате сотрудники разделились на две фракции, одна из которых защищала сложившуюся бюрократическую систему, приспосабливая ее к новой обстановке, а другая, психотерапевтическая фракция руководствовалась иными подходами. Все это привело Лейшнера к убеждению, что психиатрическое учреждение как институт, в конечном счете, служит для защиты от противоречивых тенденций и в этом смысле является застывшим продуктом институциональной защиты.

Я считаю, что наблюдения Лейшнера очень ценны, а его убеждения и выводы заслуживают особого внимания. Это мнение я хочу дифференцировать и соотнести со сложившейся практикой. Психиатрические учреждения являются не только системой подавления (как это считают антипсихиатры) и не только системой защиты (по Лейшнеру), но выполняют также другие существенные и необходимые функции.

Мы не сомневаемся в том, что подавление и, по возможности, защита должны быть устранены. При защите мы должны быть убеждены в том, что принудительные рамки способны предотвратить хаос и декомпенсацию, не нанося при этом ущерба пациенту. Насколько способен к сотрудничеству пациент, свободный от принуждения, и считает ли он себя способным к этому? В клинической реальности эти границы признаются и устанавливаются самим пациентом.

Вспоминаю, как ко мне, молодому ассистенту, во время дежурства в выходной день обратился явно маниакальный пациент. В течение трех часов я беседовал с ним о Боге и мире, надеясь, что, как это бывает у других пациентов, скорость мыслей у него немного уменьшится и я смогу «вскочить на ходу в тормозящий поезд», чтобы успокоить больного. Мне это не удалось. Пациент становился все более возбужденным и агрессивным. Санитар то появлялся, то исчезал, и, наконец, все трое (пациент, санитар и я) оказались на полу, причем я был со шприцем в руках. В то время не было еще современных нейролептиков, и мы использовали скополамин-морфин. Мне с трудом удалось сделать укол в бедро пациента. Через несколько секунд (лекарство еще не оказало своего действия) пациент встал, сердечно поблагодарил нас и добровольно направился в закрытое отделение. Необходимость моих насильственных действий в данном случае соответствовала внутренней потребности пациента в насилии (в маниакальной защите).

В отношении использования психофармакологических средств и их действия я хочу сделать следующее замечание. По моему мнению, их успокаивающее действие связано с механизмом самоограничения (то есть принуждения или насилия). Под их влиянием вступают в действие более зрелые механизмы самоограничения, например подавление. Такое самоограничение прерывает порочный круг, характерный для каждого психического заболевания, предоставляет возможность альтернативного решения и время для реинтеграции «я». Действие психофармакологических средств, таким образом, можно рассматривать как временно необходимое и обоснованное самоограничение. При этом следует принимать во внимание, что длительность применения этих средств и их дозировка должны уменьшаться.

Такое понимание насилия относится не только к действию медикаментов, фиксации в постели, помещению в закрытое отделение, но и к общему противостоянию пациенту, при котором насилие (принуждение) применяется не только в форме борьбы, но и с учетом работы «я». Все это, быть может, лежит в основе чувства собственной силы, которое мы испытываем как члены общества, которое постоянно использует принуждение и должно нести ответственность за возникновение насильственных симптомов у пациентов. Открытое и сознательное отношение к этому комплексу, возможно, облегчит задачу различения необходимого и ненужного насилия. В определенных ситуациях противодействие насилию следует расценивать как необходимую реакцию без надежды на успех, направленную на собственную стабилизацию. В таких случаях нельзя злоупотреблять мерами подавления в корыстных целях.

При всем этом мы не устаем повторять, что описанные выше действия и соображения не являются оптимальным решением и не дают повода для ликования. Оптимальное решение должно заключаться в отказе от насилия. Трагичным является то, что переплетение насилия и противостояния насилию создает иллюзию, что полный отказ от насилия вряд ли достижим, и хотя такое направление ценно и мудро, оно остается неосуществленной утопией.

Изложив все эти соображения, хочу обратить внимание на сходство между внутренним, индивидуальным принуждением и общественным, институциональным насилием. В обоих случаях насилие исходит из необходимости контроля, уменьшения хаоса, защиты от появляющихся опасных тенденций. Оно появляется вначале как необходимая помощь, которая, однако, нарушает уверенность в себе. В конечном счете, такое насилие превращается во внутрипсихическую смирительную рубашку или источник агрессивной направленности.

Не являются ли эти параллели подтверждением, что навязчивые и насильственные психические расстройства соответствуют тому, что мы находим в общественных институтах и учреждениях? И если такое соответствие существует, то как его объяснить?

Мы знаем, что внутрипсихическое насилие или принуждение является результатом односторонне-ригидного

разрешения основного конфликта. Можем ли мы допустить такую аналогию в области происхождения и применения насилия в обществе? Или такое неадекватное, ригидное решение сначала возникает в обществе и навязывается через могущественных деятелей этого общества, семьей или отдельными ее членами? В таком случае это означает, что возникающие в общественном пространстве конфликты и напряженность «наваливаются» на индивидуума так, что это принуждает его к развитию собственного насилия (в том числе и в форме упрямого непослушания), чтобы справиться с таким напряжением.

Я хочу показать, что попытки подавить насилие насилием неадекватны и лишь в небольшом числе случаев приводят к разрешению конфликта, которое, однако, порождает новые проблемы. Наша цель заключается не в том, чтобы преодолеть насилие противонасилием, а в творческом разрешении конфликта и отказе от него.

Я не социолог и не считаю себя компетентным испытывать свою гипотезу в масштабах большого общественного института. Хочу лишь подтвердить свои предположения на примере констелляций внутри семьи. Я хочу сослаться не только на далеко не редкие примеры делегирования (Штирлин) или предписывания (Рихтер), но и на навязывание родителями ролей своим детям. В другом месте (Mentzos, 1982, 1990) я описывал такие часто встречающиеся констелляции, при которых мать два противопоставленных и неразрешимых полюса своего внутрипсихического конфликта размещает в двух своих дочерях, подсознательно используя детей для экстериоризации своего конфликта. Таким образом она побуждает их разрешать собственные конфликты невротическим навязчивым (насильственным) способом. В данном случае можно провести аналогию с тем, как члены господствующего класса по причине слабой самоинтеграции используют общественные институты, даже институт войны, не только извлекая при этом материальную выгоду, но и компенсируя свою нарциссическую слабость и экстериоризируя свой внутрипсихический конфликт. При этом они добиваются кратковременной компенсации, ценой которой служит насилие. Другие же, и таких большинство, используют насилие, оказавшись в ситуации соблазна или опасности, после чего подобным невротическим образом реагируют на свои внутрипсихические конфликты и потребности. Продолжим пример: нередки случаи, когда возникшие искушения, нарциссические обиды или кризис идентификации разрешаются посредством идентификации с идеей, фюрером, национальным превосходством и т. д., что приводит к компенсации и, при определенных обстоятельствах, к направленному на других насилию. Или возникает покорность просто потому, что таким парадоксальным образом достигается внутренняя стабильность. Одновременно с этим возникает вероятность автономного развития, которое может привести к саморазрушительной динамике принуждения. Разумеется, все это развивается под влиянием соответствующих конкретных условий при отсутствии другого выбора. Я хочу кратко напомнить о многослойное™ данной проблематики: выводы, относящиеся к индивидууму, имеют значение как для малой группы, так и для больших общественных взаимосвязей. Попытка преодолеть реальное внешнее насилие с помощью противостоящего ему насилия или власти является неадекватным, хотя и неизбежным «решением».

Оглавление

Предисловие ... 5

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ
В ПСИХИАТРИИ

Введение ... ц

I. Психоаналитически ориентированные модели для психиатрии
Попытка интеграции ... 23

II. Модель конфликта и психотическая динамика
Спорные пункты понятий «дефект» и «защита от конфликта»... 35
Реплика о значении агрессии ... 50
Аффективные психозы ... 51

III. Единичная психотерапия при психотических состояниях ... 57
Терапевтические возможности ... 61
Три нерекомендуемых терапевтических метода ... 68
Три приемлемых терапевтических приема ... 70
Симптом как форма компромисса или замена удовлетворения ... 78

IV. Психодинамика аффективных психозов ... 83
Психодинамика депрессии ... 86
Возникновение и регулирование самооценки ... 88
«Сверх-я» и «идеал я» («идеал самости») ... 90
Чувство стыда и чувство вины ... 97
Иллюстрация на примерах ... 98

V. Аффективные психозы, шизофрении и невротические депрессии ... 106
Реакции на отказ и фрустрацию ... 107
Реакции при сближении и симпатии ... 109
Биполярность против монополярной депрессии: одно рискованное предположение ... 111
Проблема депрессии и шизофрении ... 114
Шизофренический «дефект» в сопоставлении с депрессивной «пустотой» ... 115
Агрессия в динамике депрессий ... 116
Психотические, невротические и реактивные депрессии ... 118
Экскурс 1. Биологический фактор ... 123
Экскурс 2. Существенные замечания относительно терапии ... 125
Экскурс 3. Связь представленной модели с понятиями «симбиоз» и «оралитет» ... 127

VI. Личностные расстройства
Психодинамические и психоаналитические аспекты ... 130
Пациент Д ... 132

Пациент Н. 135
Трехмерная модель 136
Попытка графического представления трехмерной диагностической модели 138
Формирование симптомов и характера 141
Психодинамическая концепция психопатии в узком смысле слова 147

VII. Связь между внутрипсихическим и институциональным принуждением 152
Насилие в обществе 154

Литература 162

Предметно-именной указатель 165